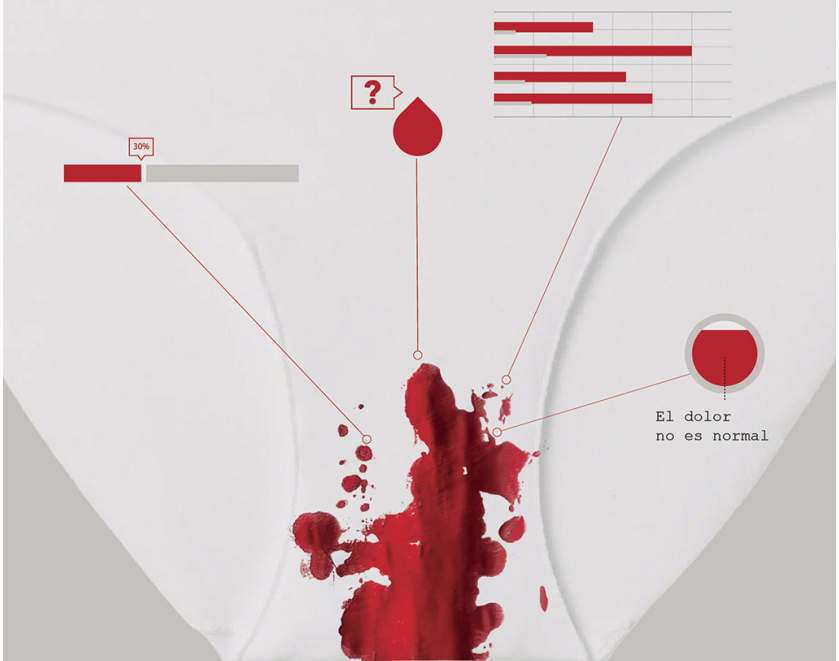
María Zuil Navarro y Antonio Villarreal

LA MITAD QUE SANGRA

Cómo y por qué hemos ignorado históricamente la menstruación

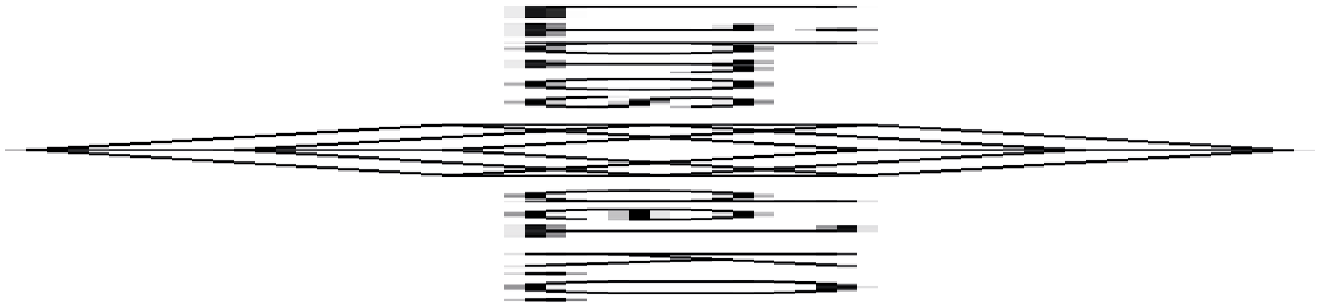


Libros del K.O.

María Zuil Navarro y Antonio Villarreal

la mitad que sangra

Cómo y por qué hemos ignorado históricamente la menstruación



primera edición: enero de 2024

© María Zuil Navarro y Antonio Villarreal, 2024

© Libros del K.O., S. L. L., 2024
Calle San Bernardo 97-99, entresuelo 8
28015 Madrid

isbn: 978-84-19119-45-2
código ibic: DNJ, JFFK
cubierta: Patricia Bolinches
maquetación: María O'Shea
corrección: Melina Grinberg y Zaida Gómez

A mi padre, que me regaló un libro de Mafalda
el día de mi primera menstruación.

Para mi esposa, a cuya ausencia de menstruación debo el futuro.

Prefacio. Por qué y cómo hacemos todo esto

A lo largo de nuestras carreras hemos publicado reportajes con mucho impacto, miles de visitas, reacciones políticas, menciones en redes sociales, premios…[1], pero nada comparable a lo que nos pasó el 1 de diciembre de 2021.

Ese lunes publicamos en *El Confidencial* un reportaje titulado «Media España está sangrando cada mes: ni médicos ni científicos saben aún por qué». Hacía tiempo que queríamos escribir sobre la falta de interés de la ciencia y la medicina por el fenómeno de la menstruación, ignorado pese a la gran incidencia que tiene en millones de mujeres. Era una injusticia que podíamos abordar desde nuestras respectivas áreas de especialización como periodistas: Antonio, el aspecto más científico-médico, y María, el enfoque social y desde la perspectiva de los datos.

El artículo estuvo entre los más leídos durante toda la semana, pero aquella vez fue diferente a todas las anteriores. Lo que recibimos aquí fue gratitud. Cientos de comentarios de personas con nombre y apellido agradeciendo en público y con mucha sinceridad que nos hubiésemos ocupado de un problema que, de manera íntima, les afectaba cada mes. Fue como cuando te pasa algo y alguien simplemente se te acerca y arroja un balsámico «¿cómo estás?».

Nada llena el corazón a un periodista como la sensación de haber reconfortado a un desconocido. Más que cualquier exclusiva.

A la hora de abordar este libro, teníamos claro que no queríamos hacer divulgación sobre la menstruación, sino periodismo. Ahí fue cuando se nos ocurrió cómo afrontarlo.

Una de las grandes dificultades que presenta la regla es que el ciclo de cada cual es su circunstancia, no tiene por qué parecerse al de su madre, hermana o amigas ni en duración, cantidad de sangre, intensidad del dolor o irregularidades. Una mujer tiene su propia referencia y las de la gente que tiene alrededor para entender si algo que le sucede es normal o no. Así que quisimos preguntar a muchas personas, muchísimas. Muchas más personas de las que suelen aparecer en un reportaje de periódico hablando de sus reglas, muchas más, incluso, de las que normalmente forman parte de estudios científicos sobre la menstruación.

A través de un extenso cuestionario que concebimos con ayuda de expertas y difundimos por internet durante varias semanas del verano de 2022[2], logramos recibir las respuestas de 915 personas que pasaban o habían pasado por multitud de eventualidades relacionadas con su menstruación. La inmensa mayoría de las encuestadas estaban en España (94 %), y abarcaban desde los 18 a los 72 años. Salvo un hombre trans y tres personas que se identificaban como no binarias, el resto de las respuestas corresponden a mujeres. Debido a esta mayoría, a lo largo de este libro solemos hablar de «mujeres» para referirnos a ellas, y también por la discriminación a nivel social que durante siglos ha supuesto para el género femenino sangrar una vez al mes. Pero somos conscientes —y defendemos— que no solo las mujeres tienen la regla, por eso, también hablamos de personas que menstrúan, y creemos que este libro habría estado incompleto sin reflejar los problemas propios de menstruar siendo un

hombre trans.

En cualquier caso, nunca esperamos convencer a tantas personas para que nos confiasen su testimonio, pero, como nos ocurrió con el reportaje inicial, descubrimos que hay muchas personas deseando contar y leer acerca de lo que les ocurre. Mucha gente siente que ha pasado mucho tiempo silenciada. Así que casi un millar confiaron en nuestras nobles intenciones. Logramos recopilar una mina de oro en forma de base de datos a la que solo quedaba vestir con investigación, voces expertas y datos para hacerla brillar.

En ningún momento hemos tenido la intención de hacer de esa encuesta un estudio científico sobre el estado de la menstruación, ni que los datos que arroja trasciendan más allá de estas páginas, por la sencilla razón de que no es ese nuestro trabajo. Este ejercicio ha sido, más bien, un acercamiento desde el periodismo para dar luz a aquellos aspectos donde nos encontramos a oscuras, pero sin perder de vista el trabajo hecho por los profesionales que han dedicado su carrera a estudiarlo.

El resto de este libro lo ha puesto nuestro olfato: estudios, historias, entrevistas con las mayores expertas y expertos de España y el extranjero, y hasta visitas a algún archivo de principios del siglo xx. Desde aquí nuestro especial agradecimiento a todas las personas que de manera altruista nos han cedido su tiempo y esfuerzo para ayudarnos a entender y a explicar mejor qué es y cómo funciona la menstruación: Xusa Sanz, Enriqueta Barranco, Alicia Botello, Jerilynn Prior, Antonio Carmona y, especialmente, Carme Valls, que además nos hizo el favor de leerse este libro con sus ojos de especialista en la materia. Y a todas las activistas y divulgadoras que con su experiencia en el campo de batalla nos han orientado sobre las múltiples facetas y complicaciones que conlleva tener la regla, así como a poner negro sobre blanco qué sabemos realmente sobre el ciclo menstrual y todas sus derivadas, para que la lectura de este libro resulte también instructiva y permita derribar los bulos y falsos mitos en torno a sangrar una vez al mes.

En *El ruido y la furia*, William Faulkner definía la menstruación como el «delicado equilibrio de periódica impureza suspendido entre dos lunas». El propósito de este libro es hacerte ver que ni es delicada, ni está en equilibrio, ni es periódica, ni es impura ni está suspendida entre dos lunas.

1 El reportaje recibió un galardón de la Society for News Design estadounidense, que premió la fenomenal ilustración de Irene de Pablo que sirvió de imagen de apertura. Esta mostraba una compresa manchada de rojo opacada por un cartel traslúcido de «contenido delicado que algunas personas pueden encontrar ofensivo o molesto», como los que se pueden ver en algunas redes sociales.

2 Del 1 de agosto al 29 de septiembre, cuando cerramos la encuesta.

Capítulo 1. Ser mujer, un efecto secundario de la vacuna

Comirnaty, la ansiada vacuna contra el covid-19 de Pfizer, había empezado a administrarse a finales de diciembre de 2020 en residencias. Poco a poco, la franja de edad fue bajando y más españoles pudieron tener acceso a la inyección. En junio de 2021 comenzó a administrarse a la franja de edad de 40 a 49 años. Por primera vez, mujeres en edad reproductiva y que, por tanto, seguían teniendo la regla, se inocularon con la vacuna.

Con el paso de las semanas, un rumor comenzó a extenderse: «La regla siguiente a la vacuna fue muy, muy abundante». «Sentí más dolor y un ciclo más corto justo después de la vacuna». «Tuve un aumento del flujo los dos meses siguientes a la primera vacuna». «Después de ponerme la vacuna del covid, una vez dejaba de manchar, a los dos días manchaba otra vez durante unas horas». «La vacuna me regularizó el ciclo, lo tuve de 28 días en lugar de tenerlo de 35 a 45 días, gracias a eso me quedé embarazada enseguida». «Después de la vacuna, mi periodo premenstrual está siendo cada vez peor, con ansiedad y tristeza». Son algunas de las respuestas que recibimos en la encuesta elaborada por nosotros para este libro.

Había un patrón, aunque no estaba claro. Algunas afectadas declararon liberar más sangre o padecer más dolor, otras tener ciclos más cortos o más largos de lo habitual. En sus distintas manifestaciones, algo les había provocado irregularidades en el ciclo. La ciencia, inicialmente, hizo caso omiso a este testimonio de miles de mujeres. «Sin estudios formales es imposible decir si esas diferencias que la gente nota después de vacunarse son parte de una variación normal o están causadas por la vacuna»[3], explicaba la doctora del Imperial College Victoria Male, autora de un metaanálisis en *Science*[4].

Todo lo que escribió Carme Valls Llobet hace casi treinta años sobre el sesgo masculino de la medicina moderna vino a confirmarse en este momento.

No es solo una cuestión ginecológica, sino algo que impregna toda la medicina, como bien se ha esforzado en demostrar Valls, que hoy a sus 78 años sigue en la brecha. Desde su seminal *Mujeres y hombres: salud y diferencias*, publicado en 1994, hasta *Mujeres invisibles para la medicina*[5], de 2006, y sus libros posteriores, Valls, endocrinóloga de formación y durante muchos años diputada autonómica en el Parlamento de Cataluña, puso la lupa en todos aquellos aspectos de la salud femenina que han sido invisibilizados o minimizados por el androcentrismo: toda la medicina y la farmacología se ha hecho siempre pensando en los hombres, desde la dosis de paracetamol que contiene un comprimido hasta las causas de mortalidad —que no son las mismas en hombres y mujeres— o los propios ensayos clínicos, que no comenzaron a incorporar mujeres de una forma representativa hasta los años noventa.

Y, por supuesto, sucedió en los ensayos clínicos de las distintas vacunas contra el covid-19. En este caso el problema no estuvo en el reclutamiento de mujeres, ya que en general se cumplió la paridad. Sin embargo, de los 41 artículos analizados en un estudio[6] de 2021 sobre este asunto, solo doce ofrecían datos sobre la seguridad de la vacuna desagregados por sexo.

Los pocos que lo hicieron encontraron, invariablemente, que la mayor parte de los efectos adversos de la vacuna los padecían mujeres.

Al acudir al médico, estas mujeres encontraron la típica incomprensión, a veces cercana al paternalismo. Pero, pronto, los cabos acabaron siendo atados y la evidencia científica comenzó a acumularse sobre la mesa. No era sugestión, no estaban locas.

Para Carme Valls, esto representa la inequívoca señal de que algo ha cambiado, aunque sea forzosamente, en el mundo científico y editorial. «Las revistas buenas estaban muy cerradas a hablar de la menstruación, hace muy poco que lo hacen, desde la pandemia y desde que se sabe que la vacuna ha alterado la menstruación», indica. «Ahora sabemos que la vacuna colocada en primera fase del ciclo es la que altera el ciclo, si te vacunan después de la ovulación, no», dice Valls citando un estudio publicado en *Lancet*[7] dos años después del comienzo de la pandemia.

«¿Qué les ha pasado a quienes se han vacunado en primera fase?», prosigue la médica. «Que no han ovulado correctamente y no han fabricado progesterona, de manera que el ciclo menstrual se ha alterado. El ciclo es muy armónico, una virguería de la naturaleza que sangra cada 28 días aproximadamente…», añade. «Somos el único animal que hace eso —solo las ratas se parecen un poco al tener un estro de cuatro días en el intervalo entre dos ovulaciones—, y todo eso se ve alterado con la vacunación en primera fase».

Solo me he puesto una dosis, esta es una de las razones por las que no me he querido poner más.
Anónima, 39 años, Álava.

Estos efectos no se dan solo con Comirnaty o el resto de vacunas contra el covid-19. Hace más de diez años que el Centro de Control y Prevención de Enfermedades estadounidense (CDC) pidió a investigadores de la universidad Johns Hopkins comprobar clínicamente si la vacuna estacional contra la gripe común era capaz de alterar el ciclo menstrual. Y sí, lo era.

La explicación biológica estaría en que la vacuna, aplicada antes de la ovulación, logra activar las llamadas citoquinas, unas proteínas proinflamatorias que sirven de señal para regular la respuesta inmune que se encarga de luchar contra agresiones externas, como un germen o un virus. De este modo, cuando es administrada durante la fase folicular, la reacción a la vacuna provocaría también un cambio en los niveles de las hormonas que normalmente se observan más tras la ovulación (estradiol y progesterona, dado que estas son las que estimulan al folículo a liberar el óvulo) confundiendo así al cuerpo.

«¿Qué podemos saber ahora?», se pregunta Valls. «Que es más aconsejable vacunarte de cualquier cosa veinte días después de haber tenido la menstruación anterior».

El conocimiento que han producido la ciencia y la medicina sobre los efectos secundarios de la vacuna del covid-19 en la menstruación es bastante sólido —incluso organismos como el Comité para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia Europeo (PRAC), de la Agencia Europea de Medicamentos, han concluido que la posibilidad es razonable— sin embargo, no ha logrado alterar ninguna de las guías clínicas. A ninguna mujer que vaya hoy a ponerse la vacuna le dirán «¿en qué fase del ciclo está usted?» para así poder ajustar el día al momento en que pueda causarle menos perturbaciones al ciclo.

El caso de la vacuna es sintomático de lo que sucede, en general, con la investigación sobre tratamientos. Ni siquiera se puede achacar a la premura por sacar adelante un antídoto contra el virus que aterrorizaba al mundo, porque, en realidad, los ensayos clínicos estaban bien

hechos: toda esa información sobre las diferencias en cuanto a eficacia o seguridad por sexo se recogió. Sin embargo, muy pocos optaron por publicarla[8].

Este no es un fenómeno exclusivo de los ensayos clínicos sobre vacunas. En realidad una parte enorme de los datos nunca ven la luz del día[9], ya sea porque los investigadores los reservan para otras publicaciones que no acaban saliendo o, directamente, porque los resultados son malos y a la empresa farmacéutica de turno no le interesa.

Efectos de la vacuna sobre la menstruación

¿Has sentido efectos en tu regla después de ponerte la vacuna del covid?	Nº respuestas	%
Sí, ciclos regulares	389	42,5%
No he sentido nada irregular	321	35,1%
Sí, más dolor	129	14,1%
Ya no tengo la regla	81	8,9%
Sí, cambio del color de la regla	66	7,2%
Más abundante	42	4,6%
No me he puesto la vacuna	14	1,5%
Ha desaparecido puntual o definitivamente	3	0,3%

Preguntas que aún sobrevuelan

Por cada mujer que acude al médico por algún problema relacionado con su ciclo menstrual, ¿cuántas se quedan en casa retorciéndose de dolor o automedicándose con antinflamatorios o resignándose a padecer bajones premenstruales? La verdadera magnitud es imposible de determinar; en pocos asuntos clínicos existe un desequilibrio tan acentuado entre la cantidad de gente que sufre y lo marginal que resulta para la investigación médica y científica.

Según algunos estudios, y pese a lo que podamos creer, la proporción de mujeres que padece algún tipo de patología reproductiva o ginecológica a lo largo de su vida es de una de cada tres. En la gran mayoría de los casos, el problema termina el día que su ginecólogo les receta la píldora.

Como analizaremos más adelante, el tratamiento hormonal es una de las claves para que la investigación sobre el ciclo menstrual no haya avanzado tanto como cabría esperar en el último medio siglo.

Muchas preguntas, planteadas en los albores de la humanidad, siguen sobrevolando nuestras cabezas.

¿Por qué, en primer lugar, las mujeres desechan su endometrio cada cuatro semanas en lugar de mantenerlo como hacen otros mamíferos? Nuestros parientes más cercanos en el reino animal, los primates, no menstrúan. O ¿por qué algunas mujeres tienen menstruaciones leves y otras sufren cada mes los peores dolores imaginables? ¿Por qué hay quien apenas sangra mientras otras desechan una compresa o tampón detrás de otro? ¿Por qué a veces la primera regla aparece con 8 años y otras veces con 15? ¿Cuánta importancia tienen los factores genéticos heredados y cuánta los ambientales? ¿Por qué algunos ciclos son más largos que otros? ¿Por qué algunos meses se presentan menstruaciones irregulares con más de un manchado por ciclo? ¿Por qué algunas mujeres padecen el síndrome premenstrual y otras no, de qué depende? Y, sobre todo, ¿por qué tanto dolor?

Son interrogantes que no tienen aún una respuesta clara, y lo peor es que estamos aún lejos de tenerla. Un razonamiento habitual es que la regla, por molesta o dolorosa que sea, no es mortal y que la financiación debería invertirse en aquellas áreas de vida o muerte, como el cáncer. Sin embargo, la calvicie masculina tampoco amenaza la vida de sus pacientes y la financiación destinada a esta área de la medicina multiplica no solo la que se destina a investigar sobre menstruación, sino también la que se dedica a paliar la malaria[10].

Ese desdén de la medicina hacia la comprensión de la reproducción femenina ha determinado también la relación de las mujeres con sus propios cuerpos. De sus vaginas emana un tabú que se perpetúa generación tras generación.

Gran parte del problema histórico con la menstruación es que, como explicaba Valls en su ensayo de 2006, «ha sido uno de los fenómenos cíclicos que los seres humanos pudieron observar desde los tiempos primitivos», escribe. Sin embargo, «durante muchísimo tiempo su presencia ha permanecido oculta y ha sido tabú para muchos pueblos, que obligaban a sus mujeres a alejarse de las casas con la falsa creencia de que su presencia durante la fase menstruante contaminaba los productos agrícolas y alteraba el crecimiento del ganado».

Hay un estudio muy famoso realizado en 1997 por la bióloga evolutiva Beverly Strassmann con la tribu de los dogón en Mali. Aunque no son ajenos al turismo occidental, las mujeres de

la tribu son lo más parecido que se puede encontrar actualmente a la vida que el ser humano ha tenido durante miles de años y hasta hace apenas un siglo.

Strassmann halló que, frente a las cien menstruaciones que una mujer dogón tenía durante toda su vida encadenando embarazos y lactancias, las mujeres occidentales contemporáneas rondaban las cuatrocientas. A mediados del siglo xx, cuando la burguesía comienza a retrasar su primer parto, o incluso decide no tener hijos, la menstruación va convirtiéndose en otra cosa, en algo crónico y no puntual. Y lo mismo nuestra relación con ella.

Pero sería injusto decir que no ha habido nada de ciencia. Con todo en contra, siempre ha habido quienes se han empeñado en poner a la menstruación en el mapa, dentro y fuera de España. Independientemente de la época o del lugar, sus historias tienen en común la audacia y la heroicidad.

Lobas solitarias

Hace un siglo, en España tuvimos a dos grandes pioneras ginecólogas. Las valencianas Manuela Solís y Concepción Aleixandre, ejemplos sobresalientes que lograron sacarse la carrera de Medicina en 1889, bastante antes de que España regulase el acceso de las mujeres a la universidad en 1910. Ambas se especializaron en ginecología, y más concretamente en la higiene, con el afán de reducir la mortalidad de las españolas durante el embarazo y el parto. Aleixandre, por ejemplo, desarrolló diversos dispositivos que redujeron las enfermedades y contribuyeron a facilitar la recuperación vaginal tras el parto.

Más tarde las figuras de Alejandro Otero y Antonio Chamorro supusieron una contribución directa para impulsar los estudios contemporáneos sobre el ciclo menstrual en España. Otero, un ginecólogo gallego que fue nombrado catedrático de Obstetricia de la Universidad de Granada en torno a 1914 y más tarde llegó a rector, introdujo importantes avances para mejorar la atención al parto, tales como usar guantes de látex para reducir las infecciones y aumentar el éxito de las intervenciones. Al llegar la guerra civil se vio obligado al exilio y terminó pasando el resto de su vida en Ciudad de México, donde falleció en 1953.

Nunca pudo regresar a España, pero su legado permanece gracias a uno de los discípulos que tuvo en la clínica ginecológica que abrió, con gran éxito, en la Granada de los felices años veinte. El joven médico se llamaba Antonio Chamorro y, como su mentor, compaginaba su pasión por la endocrinología con la militancia socialista.

Cuando la guerra civil llegó a la ciudad nazarí, pilló a Chamorro disfrutando de una beca de la Junta de Ampliación de Estudios en algunos de los centros de investigación más prestigiosos de Berlín. La cosa pintaba fea para volver y Chamorro se trasladó a París, donde años después llegó a ser uno de los científicos más eminentes en su campo, un jefe de investigación en el Instituto Pasteur, que gozaba de financiación del Centre National pour la Recherche Scientifique o el Laboratorio de Fisiología de La Sorbona.

Aunque nunca dejó del todo Francia, tampoco renunció a su nacionalidad española y, tras su jubilación, volvió cada vez más a su ciudad natal, ya instalada en un país plenamente democrático. A su muerte, en 2003, Chamorro cedió gran parte de sus bienes a la Universidad de Granada, pero dejó ordenado que aquellos fondos debían ser usados exclusivamente para financiar la investigación en endocrinología y ginecología.

En su testamento, Chamorro dejó como albacea a una paisana suya: Enriqueta Barranco,

sin duda la principal referencia en cuanto a la investigación científica de la menstruación en España durante los últimos años[11]. Comenzó creando una cátedra que lleva los nombres de maestro y discípulo, Otero y Chamorro, y a partir de ahí realizó algunas de las aportaciones más relevantes que se han hecho en este campo.

Así, gracias a la herencia de un médico exiliado, se ha financiado una parte fundamental de la investigación sobre la menstruación de los últimos años en España[12].

Fue una serendipia fundamental, pero no basta con eso. En otros países equiparables a España e incluso más ricos o con más tradición científica, la investigación sobre menstruación existe gracias a la vocación de un puñado de mujeres como ella.

Enriqueta Barranco y la cátedra de Granada

Durante años ejerció como ginecóloga en el hospital granadino de San Cecilio y, una vez jubilada, siguió investigando como profesora colaboradora extraordinaria en la Universidad de Granada.

Firme defensora de lo que hoy llamamos libertad reproductiva, y durante años fue denominado planificación familiar, Barranco se especializó en ginecología y obstetricia a mediados de los setenta, una época donde todavía existía recelo, cuando no desconocimiento, hacia las herramientas contraceptivas accesibles a las mujeres, como los dispositivos intrauterinos.

En 2015, ya cerca de su jubilación como médica, Barranco llevó a analizar al biobanco de la Facultad de Medicina una serie de muestras biológicas que los técnicos nunca antes habían visto. Se trataba de sangre menstrual, recolectada en diferentes puntos de España durante los seis meses anteriores.

¿Puede haber un fluido tan disponible en el mundo? Pues incluso esto es un misterio. La sangre que fluye vagina abajo cada fin de ciclo no se parece a la sangre normal. «Sabemos que no puede coagularse y está llena de agentes inmunitarios, pero no sabemos mucho sobre lo que hacen», explicaba en una entrevista la investigadora Susan G. Brown de la Universidad de Hawái[13].

En aquella sangre de regla, la ginecóloga granadina encontró también aquello que andaba buscando[14]. Aquí y allá aparecían los mismos componentes: parabenos y benzofenonas, bisfenoles y ftalatos; compuestos químicos sintéticos presentes en cremas o champús en los que se ha demostrado una cierta actividad como disruptores endocrinos[15].

El Comité Científico de Seguridad de los Consumidores de la Unión Europea prohibió muchos de estos parabenos y limitó el contenido de otros en 2014, siguiendo los pasos de países como Dinamarca. Desde entonces, muchas marcas han optado por suprimirlos por completo de la formulación de sus productos, pero el estudio de Barranco, publicado en 2017, demostraba que los parabenos seguían encontrándose frecuentemente en la sangre menstrual. La teoría decía que este tipo de productos se eliminan con la orina, pero el estudio de Barranco demostraba que el sistema excretor no estaba haciendo de barrera como se pensaba, por lo que podían acumularse en lugares indeseados como la sangre menstrual, la leche materna o el tejido placentario.

Este es, quizá, el aspecto más sangrante de todo lo que rodea al vacío que es la menstruación para el conocimiento científico: hay pruebas de sobra para afirmar que la regla

puede ser una especie de semáforo para la salud femenina; sin embargo, en lugar de entender el sistema de señalización, lo que comunican esas alteraciones, la medicina siempre ha mirado hacia otro lado. El cuerpo está mandando señales a través de esa sangre, signos que no nos molestamos en descifrar, pero que podrían revelar el avance de una dolencia o una enfermedad mucho antes de que aparezcan los síntomas tradicionalmente observados.

En 2006, la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología (ACOG) reconoció al ciclo menstrual como el quinto signo vital, tan importante como la frecuencia cardiaca, la tensión arterial o la temperatura. «Antes de tener un infarto, una mujer habrá tenido un trastorno de la menstruación, porque estará muy estresada», explica Valls, de nuevo poniendo de relieve cómo las alteraciones del ciclo menstrual pueden ser la primera señal de una dolencia mayor, y podrían ayudar a la medicina a prevenir enfermedades graves. «Es una manera de entender la menstruación, no desde la victimización, sino como un recurso positivo que tenemos».

El de la sangre menstrual fue su trabajo de mayor impacto, pero Barranco ha seguido desde entonces alumbrando la oscuridad que existe en torno a la regla en España de muchas otras formas. En otro de sus proyectos se propuso mapear la endometriosis en nuestro país[16]. ¿Cuántas mujeres sufren esta enfermedad, que provoca un dolor a menudo incapacitante? ¡No se sabe a ciencia cierta! Un estudio exploratorio del Ministerio de Sanidad la definía en 2020 como una «enfermedad inflamatoria estrógeno-dependiente de origen desconocido». Incluso sin saber cuántas mujeres padecen realmente esta inflamación del endometrio o qué factores lo desencadenan, sí se ha calculado[17] que a España le cuesta 111 millones de euros en concepto de reducción de la actividad laboral y la productividad.

Además de ginecóloga, Barranco es una apasionada de la historia. Le obsesiona descubrir cómo nuestros antepasados veían la menstruación y sus síntomas. Ha pasado innumerables días buceando en viejos tratados y su tesis actual es que, cuanto más aprende del pasado, más parecido le ve a lo que pasa hoy en día.

«En los libros de los escritores musulmanes de al-Ándalus se dice que hay mujeres que tienen menstruaciones hasta los 60 años», cuenta. «Y eso es cierto, porque ahora también las hay»[18].

Ni siquiera lo que se considera un sangrado abundante ha cambiado mucho con respecto al siglo ii, cuando lo describió Sodano de Éfeso. Lo único que, en su opinión, puede haber cambiado radicalmente en los últimos siglos es «la sensación de bienestar», piensa Barranco. Pero tanto entonces como ahora, ese bienestar «se evapora cuando a una mujer se le adelanta la regla o tiene un ciclo de 19 días».

Un libro sobre la menstruación en la España medieval es su próximo proyecto. Era cuestión de tiempo que se fuera apartando de la investigación científica más exigente. Su canto de cisne fue el estudio de 2021 donde mapeó la incidencia por provincias de la endometriosis en España[19] y varios artículos biográficos sobre Antonio Chamorro Daza, el gran benefactor de los estudios sobre la menstruación.

De todas las preguntas que tenía cuando empezó a investigar y no ha logrado responder, en la que más le aflige no haber podido profundizar más es: «¿Por qué las mujeres de 15 o 16 años tienen menstruaciones tan dolorosas, precisamente a esas edades?». La sospecha apunta a las prostaglandinas, encargadas de estimular la contracción del útero para que libere el tejido endometrial. Pero ¿es porque algunas adolescentes producen más que otras o porque son más sensibles? Como en otros asuntos, tenemos las sospechas, pero a este crimen le falta la pistola humeante que produciría un estudio científico sólido, ese que Barranco ya no podrá hacer a

sus 73 años.

Una de las ideas que sobrevuela toda la carrera académica de la ginecóloga granadina es que el desconocimiento que, aún hoy, existe sobre la regla es habitualmente sustituido por oscurantismo, bulos y creencias. El resultado de todo esto es que algunas culturas siguen discriminando a las mujeres cuando tienen su menstruación y aún perviven supersticiones como el sistema de aislamiento *chhaupadi* de Nepal, que veremos en detalle en el capítulo siguiente.

Es un sistema de superstición extremo donde la impureza de la mujer que sangra es capaz de pervertir la agricultura, estropear la comida o hacer enfermar a un hombre solo con tocarlo, pero la dialéctica es la misma de muchos bulos que aún circulan en España, como el de la mujer a la que se le estropea la mayonesa si la hace durante el periodo. Son formas más o menos sutiles de apartar a las mujeres de las decisiones importantes.

Se da la paradoja de que, durante años, las terapias con células madre para distintas enfermedades encontraron mucha oposición porque las células mesenquimales —aquellas células adultas capaces de transformarse en otras— se extraían de cordones umbilicales, lo cual inquietaba a los creyentes. A finales de 2021, dos investigadoras del Centro Andaluz de Reprogramación Celular (Málaga) descubrieron que la sangre menstrual es un auténtico tesoro lleno de este tipo de células pluripotenciales. Su trabajo apunta a que hemos estado desechando —y seguimos haciéndolo cada mes— en copas, compresas o tampones, lo que en buenas manos habría sido un arsenal de primera para investigar mecanismos moleculares o por qué tejidos como el endometrio tienen esa asombrosa capacidad de autorregeneración[20].

El melancólico esfuerzo de Jerilynn Prior

El Centro para la Investigación del Ciclo Menstrual y la Ovulación (más conocido como CeMCOR, sus siglas en inglés) es para muchas investigadoras del ciclo menstrual un auténtico referente. Quién no querría tener en sus respectivos países un centro dedicado exclusivamente a esto, ¿verdad?

La realidad, como veremos a continuación, no es tan idílica. El CeMCOR fue fundado por Jerilynn Prior, profesora de Endocrinología y Metabolismo en la Universidad de British Columbia (UBC, Canadá) hace dos décadas. Prior, criada en Alaska pero residente en Vancouver desde 1976, es también la directora científica de la institución, aunque podría haber escogido cualquier otra designación porque prácticamente es ella sola la que saca adelante el centro.

Como Enriqueta Barranco o Carme Valls, esta investigadora, especializada en la interacción de las hormonas en el ciclo, hace tiempo que pasó la edad de jubilación. Tiene ahora 80 años.

En cualquier país al que miremos, todo apunta en la misma dirección: los esfuerzos para entender mejor la menstruación han sido llevados a cabo por lobas solitarias, que emprenden este camino con muy poca ayuda y el desdén de la administración, que no financia este tipo de estudios, y de las publicaciones de élite, más interesadas en otras áreas del conocimiento que en la biología básica de un fenómeno que afecta a más de la mitad de la humanidad.

Prior comenzó a interesarse por la menstruación como campo de estudio en los años ochenta, «cuando el síndrome premenstrual estuvo tan de moda». Su mayor contribución

científica llegó en 1990, cuando descubrió que las mujeres que padecían trastornos menstruales, por ejemplo irregularidades en la llegada de la regla, tenían más probabilidades de padecer osteoporosis en la menopausia. A diferencia de los estrógenos, que por entonces todo el mundo estaba mirando con lupa, Prior identificó la progesterona como el principal desencadenante de la pérdida de tejido óseo. Aquel trabajo, publicado en la *New England Journal of Medicine*, fue el más laureado de su carrera hasta la fecha.

Aunque sus artículos más citados —el símbolo del éxito en ciencia— tienen todos que ver con la osteoporosis, la gran obsesión de la científica canadiense era iluminar aquellas regiones de la menstruación que permanecían en penumbra.

Poco a poco, fue dándole forma a una modesta institución donde poder articular todos estos esfuerzos y que llegaran a más personas.

«Comenzamos en 2002», explica Prior sobre los orígenes del centro, «y siempre se ha financiado solo con donaciones». La universidad no la apoya en absoluto, excepto con su salario, ya que sigue siendo profesora a tiempo completo en la Facultad de Medicina. «El propósito de CeMCOR es, primero, compartir información en un lenguaje sencillo para todo el mundo, y segundo, hacer investigaciones que nadie más está haciendo», explica. «En este tiempo hemos aprendido muchas cosas y todavía lo estamos haciendo».

CeMCOR se refiere a sí mismo como el único centro del mundo dedicado en exclusiva a este tipo de estudios. La endocrinóloga, al menos, no conoce ninguna institución similar, aunque es consciente de que en países como Noruega hay esfuerzos por crearla.

«Uno de nuestros proyectos es un estudio de la menstruación en mujeres de mediana edad». Las participantes en el estudio tenían que ser sanas y no fumadoras, pero más allá de esto los perfiles eran muy diversos. «Era un grupo de mujeres a las que seguimos durante un año completo». A cada una de ellas se le suministró un diario donde recopilar sus experiencias regularmente, tanto las buenas (interés en el sexo, sensación de energía, sensación de autoestima) como las complicaciones o simplemente detalles como el flujo o la sensibilidad en los pechos.

«Tuvimos 66 en todo el estudio y existe un buen conjunto de datos diarios de 53 de ellas», indica. Esta cifra parece poco significativa desde el punto de vista cuantitativo, pero cualitativamente es muy valiosa, al registrar pormenorizadamente el día a día de cada mujer durante un año. «Es un buen conjunto de datos, así que hemos estado analizando los síntomas, el estado de ánimo, los síntomas de retención de líquidos, el interés en el sexo o los calambres». Todo este esfuerzo tiene un objetivo. «Estamos registrando cada una de esas experiencias para que las mujeres puedan saber lo que es normal».

Según Prior, el hecho de que la medicina no haya estado interesada en estos asuntos es simplemente una correlación del interés que suscita en la sociedad. «Hay un tabú», exclama. «Quiero decir, la menstruación se ve como algo asqueroso o desagradable, a la sociedad no le gusta: esto sucede especialmente con los hombres y los hombres son el factor dominante en la cultura».

Otra idea bastante revolucionaria que el CeMCOR ha puesto sobre la mesa es que, a diferencia de lo que se enseña en las facultades, las irregularidades que ocurren en los ciclos tendrían una función protectora, adaptativa y reversible. «En otras palabras», dice Prior, «la amenorrea, tener un ciclo de duración regular sin ovulación o tener un ciclo de duración regular con una fase lútea corta, sin tiempo suficiente para producir la progesterona, sirven para proteger al individuo de todo tipo de estresores físicos, como los provocados por una

mala nutrición[21], y también emocionales». Es decir, si el cuerpo detecta comida insuficiente o estrés ambiental, por ejemplo, se adapta poniendo la función reproductora en reposo. Por eso, las alteraciones menstruales pueden ser el semáforo que alerta de que algo no está yendo bien en nuestro organismo.

La canadiense expone que la ciencia actual que se hace sobre la menstruación trata de imponer una idea errónea con calzador: «Simplemente asumimos que el ciclo es algo estándar, lo cual no es correcto».

Así, para la endocrinóloga, «la clave para entender de verdad el ciclo menstrual está en comprender la ovulación y los cambios adaptativos que ocurren en la ovulación». Porque ovular es a la vez un «generador de buena salud» y un «indicador de buena salud». Las mujeres que tienen más alteraciones ovulatorias, incluso si su ciclo es regular y tienen suficiente estrógeno, «tendrán pérdida ósea», pone como ejemplo Prior. «Las alteraciones menstruales se relacionan también con ataques cardíacos, y definitivamente hay conexiones con un mayor riesgo de cáncer de mama y cáncer de endometrio: en otras palabras, debemos dejar de pensar que el ciclo menstrual trata solo de fertilidad y darnos cuenta de que afecta a todo el cuerpo».

«Otra cosa realmente importante que descubrimos es que el interés por el sexo, en lugar de aumentar a la mitad del ciclo cuando es probable que quedemos embarazadas, no tiene ninguna relación con el ciclo menstrual».

Prior recibe continuamente mensajes y peticiones de mujeres de todo el mundo, que le preguntan desde lo profesional y desde lo personal. Se ha labrado la fama de ser la investigadora en ciclo menstrual más reconocida del mundo y, sin embargo, sabe que cuando baje los brazos todo lo que ha construido puede desvanecerse.

Pioneras como ella, Enriqueta Barranco o Carme Valls han encontrado muy difícil que otros colegas las tomaran en serio. Prior no era traumatóloga, no era ginecóloga, ¿cómo se atrevía a sentar cátedra no solo en una de estas disciplinas sino en ambas al mismo tiempo? «Desafortunadamente, tanto la comunidad ósea como la comunidad ginecológica aún no lo aceptan», lamenta Prior. «Nuestro mundo no es muy científico en cuanto a aceptar nuevas ideas, especialmente nuevas ideas relacionadas con la salud de la mujer».

CeMCOR es ella, no hay nadie más: ni profesores asistentes, ni administrativos ni doctorandos, nadie más que Jerilynn Prior. «Trabajo continuamente, pero tengo ya 80 años y aunque me quedan muchas cosas por hacer, o conseguimos dinero para contratar un profesor en salud femenina y endocrinología, o básicamente CeMCOR dejará de existir, porque llevo apoyándolo con mi salario los últimos quince años», sentencia.

La (por muchos conocida como) mayor experta mundial en los aspectos endocrinológicos y hormonales de la menstruación está tan ocupada de cuidar a su nieta como de tratar de que CeMCOR no desaparezca cuando ella ya no pueda seguir en la brecha. Lo mismo sucede con ejemplos como la cátedra Antonio Chamorro de la Universidad de Granada. Cuando uno de los motores de la embarcación se detenga finalmente, su único destino será la deriva.

[3] García Barnés, H., Villarreal, A., «Pero qué está pasando con la regla tras el covid: "Me dicen que un ibuprofeno y a casa"», *El Confidencial*, 1 de marzo de 2023.

[4] Male, V., «COVID-19 vaccination and menstruation», *Science*, 17 de noviembre de 2022.

[5] El libro de Valls está publicado por la editorial Capitán Swing. Su libro de 1994 fue publicado por Ediciones Folio, una editorial ya desaparecida.

[6] VV. AA., «Sex and Gender in COVID-19 Vaccine Research: Substantial Evidence Gaps Remain», *Frontiers in Global Women's Health*, 1 de noviembre de 2021.

[7] VV. AA., «Menstrual irregularities and vaginal bleeding after COVID-19 vaccination reported to v-safe active surveillance, USA in December, 2020-January, 2022: an observational cohort study», *Lancet*, 9 de agosto de 2022.

[8] O'Grady, C., «COVID-19 affects men and women differently. So why don't clinical trials report gender data?», *Science*, 6 de julio de 2021.

[9] La Unión Europea obliga desde 2016 a publicar datos de todos los ensayos clínicos registrados en el Registro de Ensayos Clínicos de la UE. Es el único sitio del mundo donde hay una regla así. En cualquier caso, solo han logrado que se publique información del 84 % de los ensayos. Además, nunca es posible saber si los datos aportados son todos o simplemente una parte mínima para cumplir con la legislación.

[10] Como recordara en su momento Bill Gates: Solon, O., «Bill Gates: capitalism means male baldness research gets more funding than malaria», *Wired*, 14 de marzo de 2013.

[11] Junto a Fernando Girón Irueste, profesor de la Facultad de Medicina de la UGR especializado en historia de la ciencia.

[12] La primera publicación científica de Enriqueta Barranco se titulaba precisamente *El ginecólogo ante la condición femenina: la escuela granadina de Alejandro Otero*: Barranco, E., «El ginecólogo ante la condición femenina: la escuela granadina de Alejandro Otero», *Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarum*, 1984, (consultado en raco.cat).

[13] Sole Smith, V., «What Is the Point of a Period?», *Scientific American*, 1 de mayo de 2019.

[14] VV. AA., «Determination of personal care products —benzophenones and parabens— in human menstrual blood», *Journal of Chromatography B,* 2016.

[15] Las benzofenonas suelen estar presentes en cremas para proteger la piel de la radiación ultravioleta, mientras que los parabenos son antimicrobianos que se añaden a los cosméticos para favorecer su conservación y, por tanto, alargar su vida útil.

[16] VV. AA., «Epidemiology of Endometriosis in Spain and Its Autonomous Communities: A Large, Nationwide Study», *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 2021.

[17] «Estudio para conocer la prevalencia, morbilidad atendida y carga que supone la endometriosis para el Sistema Nacional de Salud», Ministerio de Sanidad, 2020.

[18] Su incidencia, en cualquier caso, es testimonial. Belén López Viñas, jefa del servicio de Ginecología del Hospital de A Coruña, las estimaba en una mujer de cada 100.000, sin embargo sí es más habitual encontrar mujeres que siguen teniendo la regla hasta los 55 (*La Voz de Galicia*, 8 de septiembre de 2022).

[19] VV. AA., «Epidemiology of Endometriosis in Spain and Its Autonomous Communities: A Large, Nationwide Study», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021.

[20] Sánchez-Mata, A., González-Muñoz, E., «Understanding menstrual blood-derived stromal/stem cells: Definition and properties. Are we rushing into their therapeutic applications?», *iScience*, 17 de diciembre de 2021.

[21] En situaciones donde hay un trastorno de la conducta alimentaria, la amenorrea o falta de menstruación suele ser un síntoma frecuente. Puede ir desde irregularidades menstruales en respuesta a la bulimia o trastorno por atracones, hasta una retirada total ante una pérdida importante de peso, por ejemplo debida a una anorexia nerviosa.

Capítulo 2. De dónde venimos: el tabú menstrual

La prima, la visita, el dragón rojo, el inquilino comunista, estar mala, reventar los tomates, la vecina, seducir a los vampiros, la tía roja, Juana la colorada, cerrar por reforma, Bloody Mary, tener problemas técnicos, Chapulín Colorado, la temporada de la fresa, la mujer de rojo, el licenciado Rojas con su esposa Dolores, el día de Ana Frank, ponerse los pendientes rojos, Andrés el que viene una vez al mes, el desembarco de los ingleses, la lata de tomate…

A lo largo de las distintas épocas y culturas, el ser humano ha ido desarrollando una habilidosa faceta para nombrar lo innombrable: comunicar que el momento de la menstruación ha llegado y advertir de que durante cuatro o cinco días habrá sangre saliendo de vaginas, contracciones haciéndose dueñas de úteros y cólicos que camparán a sus anchas por el cuerpo, sin tener que mencionar nada de esto.

Se calcula que en todo el mundo podría haber al menos 5000 eufemismos para referirse al ciclo[22]. Ponerle apodos a la menstruación es un mecanismo aprendido: durante siglos la llegada de la regla se ha rodeado de mitos y leyendas que han condicionado la forma en que las mujeres viven su periodo y cómo participan —o más bien, dejan de hacerlo— en la sociedad durante esos días.

«El tabú menstrual es universal, de todas las sociedades y culturas, y al final es un mecanismo del patriarcado, de una desigualdad basada en algo biológico que se ha convertido en desigualdad social, económica y cultural», explica la antropóloga Alicia Botello Hermosa, experta en los factores sociales y culturales de la menstruación de la Universidad de Sevilla.

A la menstruación se le han atribuido poderes mágicos desde que empezó a asociarse la falta del sangrado con la llegada de un bebé nueve meses después, sin saber muy bien qué tenían que ver. Pero, sobre todo, se le han atribuido efectos nocivos, relacionando su presencia con tragedias sociales, sanitarias o hasta climáticas, lo que la ha relegado siempre al oscurantismo. El tabú está tan ligado a la menstruación que el propio origen del término proviene de este hecho biológico: *tapua* además de significar en polinesio «sagrado» o «prohibido», es el término que se usaba para referirse al flujo menstrual[23].

Apartadas del sistema

Botello ha investigado de qué forma el tabú menstrual y las creencias erróneas sobre la menstruación pueden afectar a la vida de las mujeres en España y en otras partes del mundo. En su libro *¡Llegó la regla! Un análisis antropológico y de género sobre la menstruación en España*[24] recoge los resultados de entrevistas a mujeres españolas y extranjeras de diferentes generaciones del medio rural y urbano. En él explica cómo cuando el miedo a la menstruación se transforma en prohibición, y se transmite a través del folclore y las creencias populares, acaba marginando a las mujeres de las actividades económicas, políticas y religiosas. Considerar la menstruación

como algo sucio que podía contaminar los alimentos es la justificación patriarcal para imponer normas que las alejen de la toma de decisiones y de control, por ejemplo, en bodegas, matanzas o cosechas.

Prueba de ello es que el tipo de prohibición varía mucho según cuál sea la principal producción local. Por ejemplo, la creencia de que una mujer con la menstruación podría estropear el vino, las uvas o las aceitunas ha estado más arraigada en las zonas españolas donde más se producían estos alimentos. De igual forma, en Japón las mujeres tienen muy difícil llegar a ser chefs de sushi, porque se cree que el ciclo menstrual desequilibra su gusto y que tienen las manos demasiado calientes para preparar el plato estrella del país asiático[25].

Que hace que el bizcocho no suba, que el jabón casero no cuaje…

Marta, 28 años, Cuenca.

Además del acceso al mundo productivo, también se ha limitado el consumo de productos e incluso su cuidado personal. Durante «esos días» muchas mujeres han oído (e incluso creído), que no podían cortarse o teñirse el pelo, depilarse, hacer mayonesa, pan o pasteles (porque supuestamente se cortaban o no subían), bañarse o ducharse. Las prohibiciones relacionadas con el agua son de las más comunes en España; según algunas leyendas lavarse podía provocar que la mujer se volviese loca, se le cortase la menstruación, se formasen quistes o coágulos dentro del cuerpo, causar infertilidad o, directamente, muerte súbita. Así, era habitual que las mujeres no se lavaran el cuerpo o lo hicieran por partes durante los días de sangrado, precisamente cuando más lo necesitaban y, curiosamente, durante unos días en los que eran consideradas tóxicas o, cuando menos, peligrosas por esa misma sangre que no se podían limpiar.

Recuerdo amigas que no se duchaban esos días porque se lo decían en casa.

Anónima, 30 años, Madrid.

Según Botello, «es una contradicción, y por lo que hemos visto en los resultados de las investigaciones, es una prohibición que tiene más presencia en zonas donde el acceso al agua es más limitado. Es otra forma de limitar el consumo y de establecer una forma de poder»[26].

«Siempre me han contado que las mujeres mayores de mi pueblo, en Toledo, decían que si te lavabas el pelo teniendo la regla te ibas a volver loca», comparte en nuestra entrevista una madrileña de 24 años. A María, de 39 años y también de Madrid, le han llegado incluso a decir que «no podía acudir a una consulta al dentista para la extracción de una muela si estaba con la regla».

El arraigo de estas creencias depende mucho de la edad y de la zona, urbana o rural, y son las mujeres que viven en las ciudades las que menos apoyan ya estas convicciones. «Llevo quince años investigando este tema y al principio me encontraba a muchas chicas jóvenes, incluso universitarias, que no se creían que se podían duchar con la menstruación. Pero hoy en día, afortunadamente, veo que esos tabúes se van rompiendo a gran velocidad, en parte gracias al uso de los medios de comunicación y las redes sociales», explica Botello.

Lo de la mayonesa, además, fue un profesor de cocina cuando lo estudiaba… Le dije: «Tengo la regla ahora mismo, vamos a verlo». No quiso, por supuesto.

Elisa, 39 años, Madrid.

Los siglos de desconocimiento y prejuicios en torno a la menstruación han irrumpido en la vida de las mujeres en el mismo momento de la menarquia. El primer sangrado suele confesarse a las personas de mayor confianza y que, además, han pasado por lo mismo: las madres.

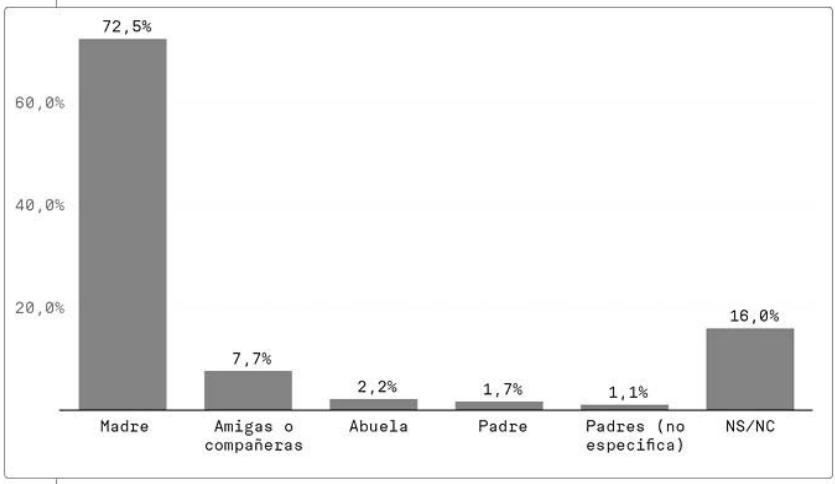
Ellas son las primeras en recibir la noticia en un 72 % de los casos, seguido de amigas o compañeras en un lejano 7.7 %. Los padres y las abuelas suponen solo un 1.7 % y un 2.2 %, respectivamente, tal y como muestra el siguiente gráfico con datos a partir de la encuesta elaborada para este libro.

Son ellas, las mujeres de generaciones anteriores, las que han perpetuado esas creencias aprehendidas, a su vez, de sus antepasadas, con la intención de proteger y alejar de esos peligros a sus hijas y nietas. «Mi abuela decía que no debía lavarme el pelo porque hacía que la regla durase más», cuenta una zaragozana de 40 años. «Mi madre no me dejaba mojarme la cabeza», dice Ana, de 52 años, que vive en Suiza.

Que no podían comer naranjas, pulpo, helados, que no se pondrían morenas, que cualquier alimento les engordaría el doble, que no podían coger ni visitar a un bebé durante esos días… En las respuestas a nuestra encuesta encontramos supersticiones para todos los gustos y manías. El desconocimiento histórico en torno al ciclo ha marcado la forma en que las personas con menstruación se relacionan con ella, y con los demás.

Pero ¿por qué la sangre, un elemento que tan acostumbrados estamos a ver en el cine, las noticias o la vida cotidiana, genera tanto impacto emocional cuando es menstrual?

¿A quién le contaste tu primera menstruación?



Aisladas de la comunidad

Todo empezó con la caza. Se cree que los hombres de la prehistoria ya temían la sangre menstrual porque consideraban que atraía a animales hambrientos y que si se «contaminaban» con ella podían sufrir su ataque —superstición que aún persiste en algunos puntos rurales de España, por ejemplo, con los lagartos o lagartijas, como recoge Botello en su libro[27]—.

Y la manera más sencilla que encontraron para alejar sus miedos fue aislar a las propias mujeres durante esos días, lo que representa el ejemplo más claro y extremo del tabú menstrual.

Se tiene constancia de que en el año 800 a. C. ya existían en la antigua Persia prácticas de aislamiento menstrual, y en algunas partes del mundo aún se mantienen. Es el caso de Nepal, donde durante siglos las mujeres de ciertas regiones han tenido que exiliarse a pasar sus periodos en una cabaña, choza o habitación separada siguiendo el ritual hindú *chhaupadi*. A menudo estas mujeres, alejadas de la protección del grupo, sufren el ataque de animales salvajes, las inclemencias del clima o la limitación de alimentos o agua que acaban con su vida. Aunque el Parlamento nepalí prohibió su práctica en 2017, no se ha conseguido erradicar completamente[28]. De hecho, su última víctima se ha cobrado mientras se escribía este libro. En verano de 2023, una niña de 16 años, Anita Chand, sufrió la mordedura de una serpiente durante su aislamiento que le provocó la muerte.

También en la zona central de la India continúa usándose la segregación menstrual de las mujeres con el rito *kurma*, según el cual deben pasar esos días a la intemperie dentro del terreno de su casa, con consecuencias igual de fatales para muchas. Tienen prohibido, además, cruzarse con nadie en los caminos, y están obligadas a usar una vajilla especial para comer mientras les dura el sangrado.

Pero no es algo exclusivo de Asia. Se cree que casi todos los pueblos nativos de América practicaban algún tipo de segregación menstrual, que a veces no se limitaba a la separación. Por ejemplo, los indios mundurucus de Brasil, una de las etnias más numerosas del país, tienen la tradición de que todo el pueblo acuda a arrancarle un pelo del cabello a la mujer encerrada en la celda menstrual[29]. En algunas regiones de Camerún la segregación es visual y pintan a la mujer de rojo para advertir al resto de su momento del ciclo, tiempo en el que solo le dan alimentos a través de un tubo hecho con hueso para no tener que tocarlas.

Aunque varíen en sus métodos, lo cierto es que prácticamente todos estos rituales comparten un elemento en común: considerar la sangre menstrual una sustancia impura, que condena a la mujer y a todo aquel que la toque, vea o mantenga relaciones sexuales con ella —según la creencia—, pecado del que no se librará mientras no deje de sangrar, o incluso durante días después.

> *Mi tío, todavía hoy, nos impide entrar a su bodega de vino si tenemos la regla.*
>
> *Ángela, 30 años, Madrid.*

Según las doctoras en psicología estadounidenses Ingrid Johnston-Robledo y Joan C. Chrisler, más allá de la caza, el origen de este estigma puede estar en el miedo de los hombres del pasado a algo que no les pasaba a ellos y cuyo mecanismo desconocían, «tal vez

preocupados de que el contacto cercano con la sangre menstrual pudiera causarles algún daño físico o contaminarlos por su asociación con el misterioso cuerpo femenino (…). Las personas no entendían cómo las mujeres que no estaban heridas podían sangrar durante cinco días sin debilitarse gravemente o morir», añaden en su artículo «La marca menstrual: la menstruación como estigma»[30].

Sangre tóxica

La supuesta impureza de la sangre menstrual no solo ha tenido cabida en las tradiciones y costumbres, sino que ha sido respaldada por la ciencia durante siglos. Hipócrates, considerado como uno de los padres de la medicina occidental, defendía en torno al siglo v a. C. que el ser humano se componía de cuatro líquidos o «humores», que debían estar equilibrados dentro del organismo para que este funcionase correctamente: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. Así, la menstruación era causa de un exceso de sangre que debía ser desechada. Creía que la razón por la que las mujeres tenían esta expulsión periódica, y los hombres no, se encontraba en un exceso de calor en su cuerpo, que necesitaba atemperarse. Además, al liberarse de su sangre, se purgaban de dolores de cabeza y nervios, ya que el útero era, según él, la fuente de todas las emociones femeninas.

Galeno, médico y filósofo griego, sostuvo unos cuantos siglos después justo lo contrario, aunque no por ello con más acierto: creía que la mujer era demasiado fría y húmeda y por tanto no podía digerir normalmente los alimentos, que eran desperdiciados a través de la regla. Aristóteles también le dio mucha importancia a la sangre menstrual en sus teorías, y defendió que al juntarse con el semen daba lugar a un embrión, creencia que, de hecho, se mantuvo hasta la Edad Media.

La menstruación estaba muy ligada a la feminidad: consideraban que las mujeres más femeninas tenían las carnes más blandas, más regla y más leche a la hora de amamantar (ya que también pensaban que la leche materna era la sangre menstrual transformada).

En época de matanza las mujeres que teníamos la regla no podíamos manipular las carnes de cerdo.
Lexuri, 43 años, Bizkaia.

En la época de Hipócrates se creía además que la matriz era un órgano nómada, que se desplazaba por todo el cuerpo de la mujer en una búsqueda desesperada por ser fecundado. Si no conseguía ese propósito, provocaba en la mujer histeria —que proviene del griego *hystera*, útero—, diagnóstico que se ha seguido utilizando hasta el siglo xx para explicar todo tipo de patologías femeninas, supuestamente originadas por desajustes en su sistema reproductivo, incluso según las teorías del psicoanálisis de Sigmund Freud.

Pero el que probablemente más teorizó sobre la toxicidad de la sangre menstrual fue el escritor y militar Plinio el Viejo, que desarrolló sus ideas en Roma durante el primer siglo después de Cristo. En su libro *Historia natural*, llega a calificar el flujo menstrual como una sustancia venenosa y causante de todo tipo de males:

> El contacto con él convierte el vino nuevo en agrio, las cosechas tocadas por él se vuelven yermas, los injertos mueren, las semillas en los jardines se secan, la fruta de los árboles se cae, la

> superficie brillante de los espejos en que es apenas reflejada es oscurecida, el borde de acero y el destello del marfil son embotados, las colmenas de las abejas mueren, aun el bronce y el hierro al momento son afectados por óxido, y un olor horrible llena el aire; el probarlo hace enojar a los perros e infecta sus mordeduras con un veneno incurable. Más aun, el betún, una sustancia generalmente pegajosa y viscosa, que en ciertas estaciones del año flota en la superficie del lago de Judea llamado alberca de asfalto, se adhiere a todo lo que toca, y no puede ser retirado excepto por un lienzo empapado en el venenoso líquido en cuestión.

Solo en su toxicidad encuentra algún atributo positivo para la menstruación: «si las mujeres caminan desnudas a través del campo, gusanos, escarabajos y otras pestes se eliminan».

Estas ideas se mantuvieron en Europa hasta la Edad Media, ya que nadie cuestionó a Plinio el Viejo oficialmente hasta 1492[31]. Y aun así, la idea de que la sangre menstrual es tóxica permaneció hasta siglos después, incluso dentro de la comunidad científica. El *British Medical Journal* afirmaba en 1878 que la carne se corrompe si la toca una mujer que tiene la regla, hasta el punto de considerarlo un «hecho indudable»[32].

«La mayoría de las autoridades médicas creían que durante el periodo menstrual la mujer estaba especialmente débil y predispuesta a una gran variedad de enfermedades perniciosas», explica el obstetra mexicano José Luis Iglesias-Benavides[33].

Durante bastante tiempo creí que no podía bañarme ni mantener relaciones sexuales.
Laura, 26 años, Madrid.

En los años veinte del siglo xx algunos científicos se propusieron demostrar fehacientemente que más allá de supersticiones, las mujeres eran tóxicas cuando tenían la regla. El más conocido fue Béla Schick, quien dijo descubrir la «menotoxina», la sustancia que supuestamente haría maligna a la sangre, haciendo experimentos con flores que, defendía, se marchitaban antes si eran tocadas por una mujer en sus días de menstruación. También llegó a inyectar sangre menstrual en ratones que, como se demostró después, murieron por la infección de las bacterias que había en las muestras y no por una toxicidad intrínseca a la naturaleza menstrual, como aseguró.

De hecho, aunque varios científicos han intentado después replicar estos experimentos y hasta en los años setenta ha habido proyectos dispuestos a localizar y a aislar esta supuesta sustancia, hasta la fecha no hay ni rastro de ella[34]. «Las menotoxinas no fueron más que los términos simbólicos de una creencia popular en la contaminación, un símbolo científico para las fuerzas que, en otros tiempos, eran llamadas contaminación espiritual, veneno psíquico, o castigo divino», añade Iglesias-Benavides.

Su relación con la fertilidad también le ha atribuido poderes mágicos positivos —aunque igual de errados—, en ciertos momentos y culturas. En la Francia del siglo xvii, por ejemplo, pensaban que la menstruación de una mujer que no hubiese parido podía apagar un fuego, y en Bavaria se usaba impregnada en pañuelos como pintorescos amuletos. En el sur de Rusia se creía que la sangre, mezclándola en el vino, podía usarse como hechizo. Además, sus supuestas acciones curativas se han usado en distintas culturas para el lagrimeo, la epilepsia, los dolores rebeldes, la gota, los forúnculos, verrugas y úlceras, la fiebre, la hidrofobia, o hasta para curarse de la peste[35]. Una lista interminable de males o remedios atribuidos a una sustancia que, paradójicamente, nadie estudiaba.

Que los hombres sepan qué es la regla. No es una vergüenza, es la naturaleza. Estoy harta del mito de que si estamos con la regla estamos cabreadas, más sensibles o «locas», que se nos ridiculice por ello. ¿Alguien se ha parado a pensar qué está pasando en nuestro cuerpo?

Minerva, 26 años, Madrid.

Impureza religiosa

Si la antigua ciencia puso la base al rechazo menstrual, la religión se encargó de la práctica, aunque es difícil discernir quién empezó primero. «En algunas religiones se hace referencia a días puros e impuros y de rituales para purificarse, de no ir a la iglesia ciertos días… Y al estar impura, las relaciones sexuales estaban prohibidas. De hecho todavía hay religiones que consideran que durante la menstruación las mujeres están "sucias", con algunas prohibiciones específicas como las de entrar en templos», explica Botello.

Tanto el cristianismo como el islamismo, el judaísmo, el hinduismo o el budismo han promulgado prohibiciones para las mujeres —y todos aquellos que la rodean— durante sus periodos. El Levítico, libro del Antiguo Testamento y base de la mayoría de estos credos, dice nada menos que lo siguiente:

> La mujer que padece un derrame, tratándose de su sangre, permanecerá en su impureza por espacio de siete días. Quien la toque será impuro hasta la tarde. Todo aquello en que se acueste durante su impureza quedará impuro, lo mismo que todo aquello sobre lo que se siente. Quien toque su cama lavará sus vestidos y permanecerá impuro hasta la tarde. Quien toque un mueble cualquiera sobre el que ella se haya sentado, lavará sus vestidos, se bañará y quedará impuro hasta la tarde. Quien toque algo que esté puesto sobre el techo o sobre el mueble donde ella se sienta quedará impuro hasta la tarde. Una vez que sane de su derrame, contará siete días quedando después pura. Al octavo día tomará para sí dos tórtolas o dos pichones y los presentará al sacerdote a la entrada de la tienda de las citas [santuario]. Este los ofrecerá, uno como sacrificio por el pecado y el otro como holocausto y hará el rito de absolución por ella ante Yavé, por el derrame que la hacía impura.

Incluso el budismo, que consideró la menstruación como algo natural en sus orígenes, cambió su parecer con la influencia del hinduismo, y actualmente parte de este credo no acepta la formación de monjas al considerarlas impuras, precisamente porque menstrúan[36]. Este ha sido también uno de los argumentos durante siglos para no permitir a las mujeres convertirse en curas en la Iglesia católica y no dejarlas entrar en sus templos o comulgar, incluso ya entrado el siglo xx. El rechazo católico a la menstruación llegó al extremo de que durante la visita del papa Benedicto a Polonia en 2006, se prohibió la emisión de anuncios de tampones, junto con los de cerveza y lencería, por considerarlos pecaminosos[37].

Hay que remontarse a credos ya extintos para encontrar mitos en torno a la menstruación con connotaciones positivas. En la Antigua Grecia, la sangre era vista como un «vino tinto sobrenatural» que Hera ofrecía a los dioses griegos. Los egipcios lo usaban en ungüentos medicinales y creían que hacía a los faraones inmortales, algo que compartían los celtas, que creían que sus reyes se convirtieron en tales tras beber «el aguamiel rojo» de la Reina de las

Hadas[38].

Pero, en algún momento, la sangre menstrual dejó de ser milagrosa para convertirse en algo que había que evitar y eliminar escrupulosamente. No bastaba con que el flujo simplemente cesase, sino que, según algunas creencias, las mujeres debían realizar complejos y profundos rituales de limpieza para dejar de ser impuras. En la India oriental del siglo vi a. C., para volver a ser apta para el varón y su comunidad, debían frotarse los dientes, hacer gárgaras doce veces y lavarse manos y pies. Después, zambullirse doce veces en el río y frotarse con lodo mezclado con estiércol, volver a meterse en el agua treinta y cuatro veces, repetir las friegas de lodo, meterse otras veinticuatro veces en el río, frotarse el cuerpo con azafrán y, para terminar, veinticuatro inmersiones más. En total, nada menos que noventa y cuatro chapuzones para volver a ser puras[39].

En algunos grupos islámicos, las mujeres deben someterse a un baño concienzudo desde la cabeza hasta los pies. También las judías ortodoxas deben esperar siete días desde su último día de periodo e introducir un paño especial en la vagina o dormir con sábanas blancas para asegurarse de que no queda rastro de sangre, además de lavar cada milímetro de su cuerpo y todo lo que lo haya tocado, como joyería o ropa. Solo después de ese ejercicio de pulcritud general pueden volver a acostarse con su marido, coincidiendo con el periodo de ovulación[40]. El Talmud judío, código civil y religioso, también recoge que si una mujer que inicia su ciclo pasa entre dos hombres, uno de ellos morirá, mientras que si está acabando el ciclo menstrual, ambos hombres terminarán discutiendo[41]. Ante la duda de si una mujer estará o no menstruando, los judíos ortodoxos directamente no dan la mano a ninguna mujer.

Para Elissa Stein y Susan Kim, las autoras de *Flow: la historia cultural de la menstruación*, este tipo de prácticas y rituales esconden una sumisión del género femenino respecto a los hombres, exigiéndoles prácticas para volver a ser aptas ante la sociedad que ellos no tienen que atravesar.

> Dichos rituales no solo alivian el miedo masculino a la contaminación, permitiéndole disfrutar de los encantos y servicios de su esposa con la conciencia tranquila, sino que al establecer un ciclo de inmundicia y limpieza compuesto de destierro y reaceptación ritualizados, la sociedad dominada por los hombres perpetúa el cómodo mito de que las mujeres tienen defectos, están sucias y rutinariamente necesitan ser limpiadas. Lo que lleva implícito es que las mujeres no solo merecen el trato que reciben, de hecho, ¡tienen mucha suerte!

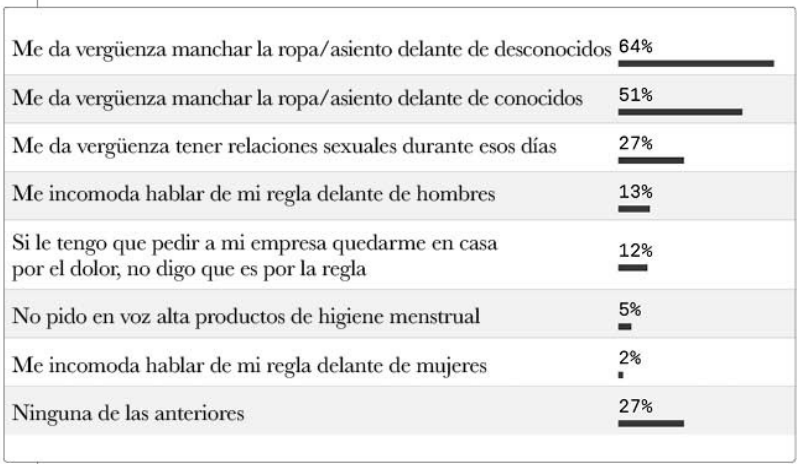
Poco a poco, las prohibiciones religiosas basadas en la impureza se fueron extendiendo al mundo productivo, limitando también ahí la libertad de decisión y oportunidades de las mujeres en todas las partes del planeta, no solo en España. En México, por ejemplo, se vetaba su acceso durante la menstruación a las minas de plata por la creencia de que esta podía desaparecer. Tampoco pueden entrar a los laboratorios de opio de Vietnam porque se cree que amargan la droga. En Francia, no podían acceder a las refinerías de azúcar porque lo oscurecían, en Alemania agriaban el vino de las fábricas y, en Inglaterra, corrompían la carne de las carnicerías[42].

Afortunadamente, gran parte de estos estigmas que limitaban y condicionaban la vida de las mujeres han ido desapareciendo con el paso de los años y el desarrollo del conocimiento en torno al ciclo menstrual. Pero el tabú se ha ido adaptando también a los nuevos tiempos. Hablar de la menstruación está cada vez más normalizado, pero seguimos sin escuchar su

nombre en los anuncios de productos para la sangre menstrual. Ni siquiera la vemos, interpretada por un líquido azul que poco tiene que ver con los restos del endometrio. Son recientes y pocos los casos que se han propuesto cambiar esto, y cuando lo han hecho se han encontrado con infinidad de críticas, como un anuncio de compresas emitido en Australia en 2019, en el que se mostraba por primera vez un líquido rojo y que recibió cientos de quejas[43].

Esto hace que aún muchas mujeres pidan un tampón o una compresa como si fuese un producto de contrabando. O que un 64 % de las mujeres aún sienta vergüenza al sangrar delante de desconocidos, y un 51 % delante de conocidos. Según nuestra encuesta, a un 13 % también le sigue incomodando hablar de su regla delante de hombres, frente al 2 % que evita hacerlo delante de mujeres.

¿Cómo de a gusto te sientes con tu regla?



Hay mucho tabú sobre el deseo sexual y la regla, se debería aclarar que no tiene que haber una relación negativa.

Vanessa, 45 años, Lima (Perú).

Hay estudios que señalan que el estigma menstrual afecta a la imagen corporal de las mujeres durante esos días (cambiando sus hábitos o su vestimenta)[44]. Tanto hombres como mujeres las consideran «menos sexy, más impuras y más irritables» durante sus periodos, lo que provoca que vivan la menstruación con más vergüenza y, por tanto, menos actividad sexual.

Un estudio de la empresa de copas menstruales Intimina señaló que el 46 % de las mujeres no tiene relaciones sexuales en esos días, a pesar de que está demostrado que practicar sexo genera endorfinas que ayudan a aliviar los dolores menstruales. De todas ellas, un 12 % explicó que se debía al rechazo de su pareja, y no es casual: el 54 % de los hombres aseguraron que preferían no acostarse con mujeres durante su regla, y un 33 % solo si conoce a su pareja sexual lo suficiente[45].

Ni siquiera hace falta llegar a ese nivel de intimidad para sufrir el estigma. En un experimento realizado en 2002 en Estados Unidos, una actriz infiltrada en un grupo de estudio simuló que se le caía un tampón y una pinza de pelo en sesiones distintas mientras realizaban una actividad. A pesar de que los dos objetos son considerados femeninos, la percibieron con menor simpatía y mayor incompetencia al dejar caer su producto menstrual. Al fin y al cabo, no había sido capaz de mantener algo supuestamente tan íntimo en secreto.

Me vino justo antes de una relación sexual por primera vez con ese chico en concreto. Me jodió la noche. A mí y a él. No volvió a llamarme.

Alba, 49 años, Barcelona.

Hombres que menstrúan

Uno de los últimos tabúes en torno a la menstruación es asumir que algunos hombres también menstrúan.

«Hay mucho desconocimiento, hace poco, en mi trabajo, entrevistamos a una ginecóloga que decía que las personas trans no menstrúan porque las mujeres trans no tienen útero. Ni se les pasaba por la cabeza que existen hombres trans», explica Rafa, un hombre trans de 41 años, que vive en Madrid y trabaja como realizador audiovisual.

Además de no encontrar ropa interior masculina adecuada para usar productos menstruales ni baños masculinos con condiciones aptas para cambiarse (con la suficiente privacidad o higiene) —algo que le ocurre al 60 % de los hombres trans—, Rafa se enfrenta a la incertidumbre frente a cualquier cambio en el proceso de hormonación. Aunque con las hormonas se retira la menstruación con el paso de los meses, esta puede volver si modifica el tratamiento, algo sobre lo que existe muy poca evidencia[46]. «Nadie te explica nada, vas aprendiendo sobre la marcha. Por ejemplo, con la testosterona se te atrofia el cuello del útero y no me podía ni poner un tampón del dolor, pero entonces no sabía por qué. Además la zona se hincha y no puedes llevar ropa interior apretada para ponerte una compresa, así que, ¿qué

haces?», añade Rafa.

Las dificultades cotidianas, como sentir vergüenza a la hora de comprar productos menstruales, y la falta de respuestas sobre los cambios que experimenta el periodo en su proceso de transición, a menudo profundizan la disforia de género de personas trans y no binarias, que tampoco encuentran apoyo en la atención sanitaria y ginecológica. A Rafa, su médico de familia aún le llama con su nombre anterior y se refiere a él en femenino.

> *Cuando me bajaba en clase y yo no tenía una compresa se la tenía que pedir a otras personas de clase y me daba mucha vergüenza.*
>
> *Daniel, 22, Asturias.*

Un estudio de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales (FELGTBI+)[47] con 69 participantes trans y no binarios descubrió que el 36 % y el 39.1 % considera que el personal sanitario tiene un conocimiento bajo y muy bajo, respectivamente, sobre su situación. Solo el 18.8 % cree que contaba con una formación alta. Además, la mitad (48.5 %) aseguraron que alguna vez habían retrasado o anulado una visita por miedo a sufrir discriminación o un trato poco adecuado.

Tras la otredad de las mujeres por su menstruación respecto a la normatividad de los hombres, las personas trans y no binarias se enfrentan a su vez a su propia otredad en cuanto a la menstruación, asociada tradicionalmente a lo femenino. «Mientras que las mujeres cis[48] son percibidas como monstruos debido a su supuesta cercanía con la naturaleza, la monstruosidad de las personas trans se deriva de su supuesta falta de naturalidad», explica la investigadora social Klara Rydström[49].

En mayo de 2022, la ONU se pronunció sobre la situación social de las personas con menstruación en el mundo y aseguró que «la desigualdad de género, la pobreza extrema, las crisis humanitarias y las tradiciones nocivas pueden convertir la menstruación en un momento de privación y estigma, lo que puede socavar el disfrute de los derechos humanos fundamentales de las mujeres y las niñas, así como para los hombres transgénero y las personas no binarias que menstrúan»[50].

> *Considero que no había (y creo que sigue sin haber de manera efectiva) una información y tratamiento normalizado tanto de la regla como de los genitales femeninos en colegios e institutos. Se trata aún como un tema tabú tanto para las chicas como para los chicos.*
>
> *Anónima, 30 años, Málaga.*

La desaparición de los tabúes en torno a la menstruación pasa por una mayor educación en las aulas, para que los estigmas heredados de la ciencia y la religión no se sigan transmitiendo generación a generación. Pero, como profundizaremos más adelante, esta es todavía una tarea pendiente. «Hubo una época en la que se apostaba por la sexualidad en las escuelas, y se daban muchos preservativos, pero un tampón no sabían ponérselo, aunque ellas lo consideraban más útil. Y es algo que todavía demandan las chicas de entre 18 y 24 años, que se enseñe bien: qué es lo normal y qué no, las señales de alarma, cómo te puede cambiar…», dice Botello.

Eso explica que, según nuestra encuesta, un tercio (33 %) de las mujeres y personas con menstruación recurra a internet cuando tiene alguna duda sobre salud menstrual, seguido de

un 25 % que confía en las amigas, antes que en los ginecólogos (17 %) y médicos (14 %). «La única forma de romper con el tabú es la formación, naturalizar el tema, para chicos y para chicas», comparte la antropóloga sevillana. «Es algo que hay que estudiar y transmitir».

[22] «Top euphemisms for "period" by language», *Clue*, 11 de marzo de 2016.
[23] Grahn, J., «How Menstruation Created the World», Biblioteca de la Universidad de Iowa, 1993.
[24] Publicado por la Editorial Universidad de Sevilla en 2020.
[25] Sahuquillo, M., «Estigmas sin fronteras: así viven las mujeres sus reglas en otros países», *El País*, 15 de noviembre de 2017.
[26] Botello Hermosa, A., *op. cit.*
[27] Botello Hermosa, A., *¡Llegó la regla!,* Editorial Universidad de Sevilla, 2020.
[28] «¿Qué es el "chaupadi" que Nepal acaba de convertir en delito?», *El País*, 10 de agosto de 2017.
[29] Gómez-Sánchez, P. I.; Pardo- Mora, Y. Y.; Hernández-Aguirre, H. P.; Jiménez-Robayo, S. P. y Pardo-Lugo, J. C., «La menstruación en la historia», *Scientific Electronic Library Online*, septiembre de 2012.
[30] Johnston-Robledo, I., Chrisler, J., «La marca menstrual: la menstruación como estigma», *El manual Palgrave de estudios críticos sobre la menstruación*, 2020.
[31] Stein, E.; Kim, S., *Flow: The Cultural Story of Menstruation*, St. Martin's Griffin, noviembre de 2009.
[32] Botello Hermosa, A., *¡Llegó la regla!*, Editorial Universidad de Sevilla, 2020.
[33] Iglesias-Benavides, J. L., «La Menstruación: un asunto sobre la Luna, venenos y flores», *Elsevier*, octubre de 2009.
[34] Iglesias-Benavides, J. L., «La Menstruación: un asunto sobre la Luna, venenos y flores», *Elsevier*, octubre de 2009.
[35] Gómez-Sánchez, P. I.; Pardo-Mora, Y. Y.; Hernández-Aguirre, H. P.; Jiménez-Robayo, S. P.; Pardo-Lugo, J. C., «La menstruación en la historia», *Scientific Electronic Library Online*, septiembre de 2012.
[36] Lozano, E., «Luchamos contra la actitud patriarcal que se esconde bajo el nombre de budismo», *Pikara Magazine*, marzo de 2015.
[37] Stein, E.; Kim, S., *op. cit.*
[38] Stein, E.; Kim, S., *op. cit.*
[39] Iglesias-Benavides, J. L., «La Menstruación: un asunto sobre la Luna, venenos y flores», *Elsevier*, octubre de 2009.
[40] Stein, E.; Kim, S., *op. cit.*
[41] Gómez-Sánchez, P. I.; Pardo-Mora, Y. Y.; Hernández-Aguirre, H. P.; Jiménez-Robayo, S. P.; Pardo-Lugo, J. C., «La menstruación en la historia», *Scientific Electronic Library Online*, septiembre de 2012.
[42] Stein, E.; Kim, S., *op. cit.*
[43] «Más de 600 quejas por un anuncio que representa sangre menstrual», *El País*, 21 de septiembre de 2019.
[44] Fahs, B., «Sex During Menstruation: Race, Sexual Identity, and Women's Accounts of Pleasure and Disgust», *El manual Palgrave de estudios críticos sobre la menstruación*, 2020.
[45] Naranjo, J. C., «Casi la mitad de las mujeres descartan las relaciones sexuales durante la regla», *Crónica Global*, 6 de mayo de 2019.
[46] Rydström, K., «Degendering Menstruation: Making Trans Menstruators Matter», *El manual Palgrave de estudios críticos sobre la menstruación*, 25 de julio de 2020.
[47] Estudio «Las personas trans y su relación con el sistema sanitario», FELGTBI+, 2019.
[48] El término cis se refiere a las personas que se identifican con el género asignado al nacer.
[49] Rydström, K., «Degendering Menstruation: Making Trans Menstruators Matter», *El manual Palgrave de estudios críticos sobre la menstruación*, 25 de julio de 2020.
[50] «Menstruation and human rights - Frequently asked questions», web de la ONU, mayo de 2022.

Capítulo 3. Lo que sabemos del ciclo menstrual

A pesar de odiarla mucho cuando duele, me vuelve locas las hormonas o me hincha como una albóndiga, me alegro muchísimo y la quiero un montón, cuando baja todos los meses.

Carmen, 34 años, Granada.

Desde que el ser humano empezó a preguntarse por qué periódicamente a las mujeres les salía sangre de sus vaginas, el ciclo menstrual se ha vinculado con la Luna. Las distintas fases lunares se han usado para representar las etapas por las que pasan los cuerpos que menstrúan y hasta se ha relacionado su influencia con la ovulación o el sangrado cada cuatro semanas.

Incluso el nombre debe su origen al satélite: menstruación proviene de la palabra latina *mensis*, mes, que deriva a su vez de las griegas *méne*, «luna» y *mén*, «mes». Sin embargo, a pesar de su histórica relación, no hay ningún vínculo demostrable entre el ciclo menstrual y el lunar.

La coincidencia del sangrado más o menos cada 28 días, similar al calendario lunar, y el hecho de que tuviese influencia sobre las mareas, favorecieron que mentes del pasado como las de Charles Darwin, Aristóteles o Galeno creyesen que el satélite podía influir también en el cuerpo humano. Aristóteles incluso afirmó que el sangrado se producía durante la luna menguante porque era una época más «fría».

Uno de los libros más vendidos sobre la menstruación y que ha perpetuado esta idea es *Luna roja* de la artista y maestra de reiki Miranda Gray. Publicado en 1994 y convertido en *bestseller* mundial, aseguraba que «la mayoría de las mujeres mantienen una interacción con el ciclo lunar de una de estas dos formas: bien sus menstruaciones coinciden con la fase de luna llena, o bien con la de luna nueva»[51] y estas incluso podían acortarse o alargarse para mayor sincronización. Para afianzar esta armonización proponía dormir bajo la luz de la luna llena, o salir durante un mes a pasear por la noche, aunque sin aportar ninguna referencia científica que avalase estas afirmaciones.

Algunas investigaciones científicas también han intentado demostrar el vínculo lunar-menstrual. Por ejemplo, un estudio de 1986 que analizó el ciclo de 826 mujeres aseguró que el 28 % de las menstruaciones empezaban durante la luna nueva[52]. Otro más reciente de la Universidad Julius-Maximilians de Wurzburgo (Alemania)[53], en 2021, sugirió que la gravedad y luminiscencia de la Luna podrían haber tenido influencia en la menstruación en el pasado, pero que los ritmos de vida modernos y la luz artificial la habrían trastocado.

Lo cierto es que la evidencia científica no es concluyente en la supuesta relación de la Luna con la biología humana y parte de la comunidad científica considera que, cuando se ha encontrado relación, se ha debido a muestras demasiado pequeñas o aleatorias en estos estudios (en el de Alemania, por ejemplo, era de solo 22 mujeres). Una revisión de literatura científica publicada en *Current Biology* concluyó que «no hay evidencias convincentes de que la Luna pueda afectar a la biología de nuestra propia especie»[54]. También la revista *Nature*[55] explicó en 2006 que los ciclos de los otros escasos animales[56] que tienen menstruación son

distintos en duración a los de los humanos, por lo que esta histórica relación con la Luna tendría más de casual que de causal.

«Es mentira, es un concepto mágico de la medicina. Antiguamente había muchos médicos que lo decían, pero porque había cosas que no tenían explicación, así que se atribuían a influencias superiores», afirma contundente Enriqueta Barranco.

La irrupción del big data ha arrojado más luz a esta cuestión. En 2019, Marija Vlajic Wheeler, científica de datos de la empresa Clue y doctora en Astrofísica por la Universidad de Oxford, demostró recopilando datos de 7.5 millones de ciclos de 1.5 millones de usuarios de su aplicación que no había un aumento de menstruaciones los días de luna llena, ni en ninguna otra fase lunar[57].

La búsqueda de una explicación sobre el ciclo menstrual en el satélite lunar lo que sí demuestra es que entender su funcionamiento ha sido una tarea pendiente durante siglos. Visto por la comunidad científica como un asunto «de mujeres», tuvo que llegar una de ellas para arrancar la investigación sobre este mecanismo biológico. Fue la doctora Mary Putnam Jacobi (1842-1906), sexta mujer graduada en una facultad de Medicina en los Estados Unidos y primera en ser admitida en la Academia de Medicina de Nueva York. Jacobi además de echar por tierra las teorías de sus colegas sobre la «incapacidad» de las mujeres durante sus menstruaciones, como veremos más adelante, demostró que la sangre menstrual se acumulaba en los plexos del útero y que, si no se producía un embarazo, era desechada por el cuerpo. Por aquella época, el alemán Karl Ernst von Baer descubriría también el óvulo, tras reconocer un punto blanquecino en un folículo ovárico.

Entre finales del siglo xix y principios del xx[58] se concentran los primeros grandes descubrimientos en torno al ciclo menstrual. Ya en este segundo siglo, un obstetra austríaco, Emil Knauer, afirmó que los ovarios eran responsables de la menstruación, con la hipótesis de que una hormona que era liberada en la sangre provocaba efectos sobre el útero. Unos años después se las pondría nombre, estrógenos, responsables del crecimiento del endometrio.

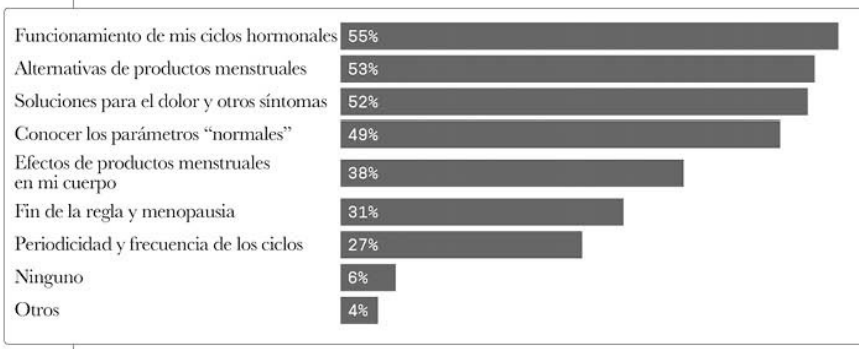
A mediados del siglo xx la ciencia empezó a interesarse más por el estudio del ciclo menstrual y de las hormonas hipofisarias, pero lo hizo con la intención de suprimirlo y conseguir así desarrollar medicamentos anticonceptivos, el mejor ejemplo de cómo el ciclo menstrual ha estado concebido históricamente como un mero mecanismo reproductivo y no como un signo de salud. Suecia y Dinamarca fueron los primeros países en estudiarlo para establecer unos patrones generales de normalidad, como explica la doctora Carme Valls, que sitúa las primeras investigaciones con este enfoque en los años setenta del siglo pasado, cuando ella también comenzó: «Cogí un tren a Madrid en 1972 para aprender sobre el ciclo en la Escuela Iberoamericana con profesores que habían descubierto sustancias como la prostaglandina. Y allí empezamos. Vivía en una pensión y trabajaba los fines de semana en Barcelona para poder pagarlo, pero creo que es la mejor inversión que hice en mi vida», recuerda.

Si la ciencia ha avanzado tímidamente a la hora de conocer qué pasa ahí dentro, más tímidamente han incorporado las mujeres estos conocimientos. Según la encuesta llevada a cabo para este libro, un 55 % de las personas encuestadas afirmaron necesitar o haber necesitado saber más sobre el funcionamiento de su ciclo hormonal, y un 49 % querían conocer mejor los parámetros «normales».

«He tardado muchos años en saber cómo afectaba a mi estado de ánimo mi ciclo menstrual.

A veces me comía el mundo y otras el mundo me comía a mí… Me río ahora, pero pensaba si "era bipolar"», cuenta Helena, 43 años, desde Valencia.

¿Sobre qué aspectos de tu regla crees que necesitas o habrías necesitado más información?



Cómo es el ciclo menstrual

La enfermera y nutricionista, experta en salud hormonal, Xusa Sanz, define el ciclo en su libro *La revolución de la menstruación* como un baile de «natación sincronizada», donde todos los miembros del equipo deben estar coordinados a la perfección para que el conjunto funcione. Las encargadas de mantener el ritmo son las hormonas, sustancias químicas que mandan mensajes al resto del cuerpo para que haga o deje de hacer, y que son generadas por la glándula pituitaria y el hipotálamo, quien decide qué hormona hace falta en cada momento. El hipotálamo es quien dirige el baile, que se divide en dos tiempos: folicular y lúteo.

El día 1 del ciclo corresponde al primer día de sangrado contundente, y es también cuando se empiezan a producir los folículos que generan el óvulo. Por eso se conoce como fase folicular, que comprende también la fase menstrual. En este momento, la progesterona y los estrógenos, las hormonas más importantes en la regulación del ciclo menstrual, están bajas, por lo que se produce el desprendimiento del endometrio, que da lugar al sangrado menstrual.

Cuando el hipotálamo detecta que estas hormonas están en su momento más escaso, entiende que no ha habido fecundación, por lo que envía al ovario las hormonas folículoestimulantes (FSH), que son las que hacen crecer entre 3 y 33 folículos por ciclo. Aunque cada uno de ellos fabricará un óvulo, normalmente solo uno (por algo llamado dominante) sigue su desarrollo hasta el final, en un proceso que puede durar entre 12 y 19 días.

Ahora los estrógenos son los líderes y no paran de aumentar en esta parte del baile. Hace falta que haya suficientes estrógenos para que se produzca un crecimiento del endometrio, pero, como veremos más adelante, si hay un exceso aumentará el dolor y el sangrado. Mientras, la progesterona se mantiene en un discreto segundo plano.

Cuando se acerca la ovulación, entran en el baile las hormonas luteinizantes (LH), encargadas de estimular la liberación del óvulo cuando los estrógenos llegan a su punto más alto. La ovulación dura entre 16 y 32 horas y culmina con la salida del óvulo que bajará hasta el útero por las trompas uterinas o de Falopio, llamadas así por Gabriele Falloppio, que las descubrió en 1561. Al contrario de lo que suele creerse, la ovulación no se produce en un ovario distinto en cada ciclo, sino que es un proceso aleatorio, de modo que se puede ovular varias veces consecutivas en el mismo ovario.

Cuando el óvulo sale del folículo, se produce una cicatriz que se denomina «cuerpo lúteo», que da nombre a la segunda parte del ciclo, la fase lútea. Este cuerpo es una glándula endocrina que empieza a producir grandes cantidades de progesterona, la hormona que se encarga nada menos que de preparar al útero para un posible embrión, de que espese la mucosidad uterina, de impedir que el endometrio siga creciendo y del aumento de temperatura corporal y de tamaño de las mamas (que pueden llegar a doler en esta fase). También los estrógenos, que se habían ido reduciendo con la ovulación, vuelven a aumentar en este momento, aunque en menor medida que la progesterona, que es quien marcará el paso de la coreografía a partir de ahora.

En esta fase, algunas mujeres pueden sentir también cierto dolor en el abdomen, que se conoce como *Mittelschmerz*, literalmente en alemán «dolor del medio». Según descubrió Prior, a pesar de lo que suele creerse, no tiene nada que ver con la ovulación, ya que puede padecerse tanto en ciclos ovulatorios como anovulatorios. Debido a la falta de estudios[59], no está claro su origen, y puede abarcar desde un ligero calambre a un dolor de horas de

duración.

Si se ha producido fecundación, el cuerpo lúteo seguirá produciendo progesterona hasta que llegue la placenta, además de la hormona gonadotropina coriónica humana que rodea al embrión y que es la que detectan los test de embarazo. Si no hay embrión, el cuerpo lúteo irá desapareciendo entre 10 y 16 días después de la ovulación. Durante esta fase muchas mujeres experimentan retención de líquidos, que, aunque debería ser imperceptible, puede suponer un aumento de peso de dos o tres kilos si hay un exceso de estrógenos o una baja progesterona.

En la fase premenstrual, tanto estrógenos como progesterona, ambos generados en los ovarios, han vuelto a descender hasta que llega de nuevo la menstruación iniciando un nuevo ciclo, aproximadamente 29 días después.

Has leído bien, a pesar de que todos hemos oído —y estudiado— que la regla viene cada 28 días, varias investigaciones recientes demuestran que la media es más bien de 29 y que los ciclos son mucho más variables de lo que se pensaba.

Un estudio con datos de 30.000 mujeres de Estados Unidos e Inglaterra, publicado en la prestigiosa Oxford University Press en 2020, demostró que el 87 % tuvo ciclos que oscilaban entre los 23 y los 35 días[60].

«El descubrimiento más importante relacionado con los ciclos menstruales es la variabilidad de la ovulación», explica Jerilynn Prior, quien fue pionera en este hallazgo cuando estudió los cambios óseos en mujeres sanas con diferentes patrones de ejercicio en 1980.

Otros estudios recientes como el del Hospital Universitario Karolinska de Estocolmo, la University College London y la aplicación sueca Natural Cycles Nordic AB apuntan en el mismo sentido. Tras analizar los datos de 600.000 ciclos, descubrieron que solo el 13 % de las mujeres tienen ciclos de 28 días y que la duración media es de 29.3 días, en línea con estudios anteriores[61]. Esto no quiere decir que los ciclos deban tener esa duración, si no que habrá ciclos de más o menos días perfectamente normales, pero que, en promedio, rondan esa cifra.

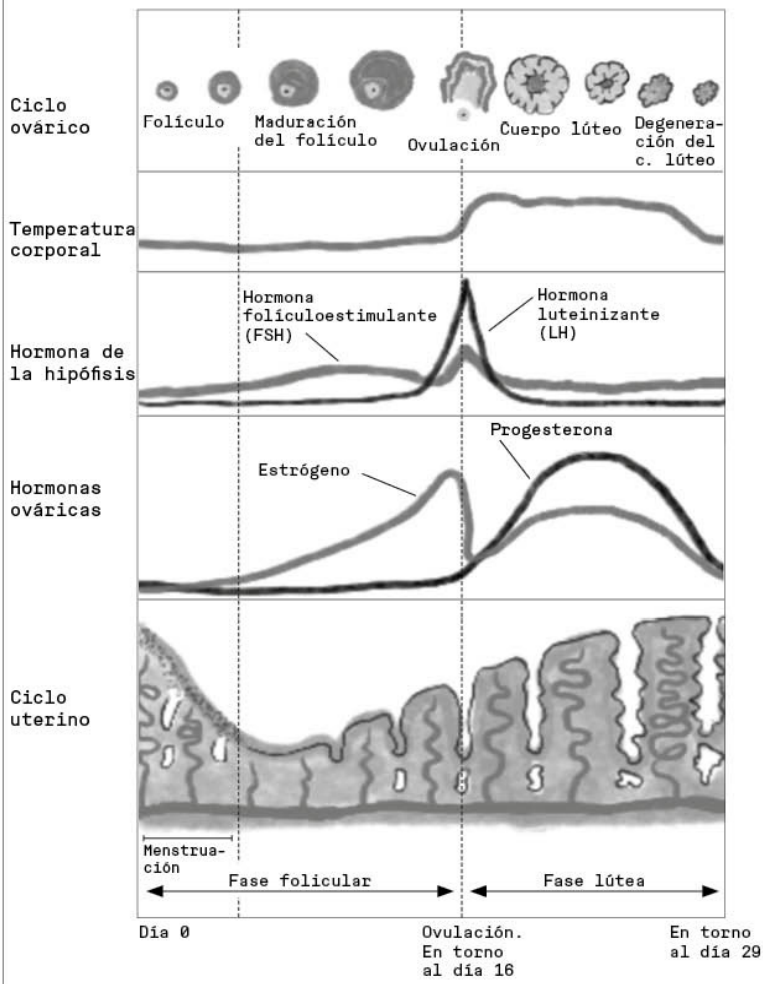
Esta variabilidad del ciclo destierra a su vez otra creencia extendida, la creencia de que la ovulación se produce en el día 14, a mitad del ciclo, cuando de hecho es más común que se produzca en torno al día 16.9, tal y como demostró también esta misma investigación, publicada en 2019[62]. En ello influyen cuestiones como la edad, la etnia, el índice de masa corporal o el estilo de vida. Según explicó uno de sus autores, Jonathan Bull, el conocimiento sobre la duración del ciclo, repercute directamente en la natalidad. «Si todo el mundo asume que la ovulación tiene lugar en el día 14, la mayoría se perderá los días más fértiles de su ciclo»[63].

Sin embargo, a pesar de estos hallazgos y de que la Organización Mundial de la Salud ya considera que una regla perfectamente normal puede tener ciclos de entre 24 y 38 días, instituciones como el Departamento de Salud de Estados Unidos y la escuela de medicina Johns Hopkins siguen insistiendo en la duración de 28 días.

Esta falsa creencia sobre la duración estándar de 28 días hace suponer, además, que durante la menstruación no puede producirse ovulación y, por tanto, tampoco un embarazo, un bulo extendido pero incierto, ya que ambos pueden coincidir si los ciclos son más bien cortos y el periodo de sangrado tirando a largo. Si, por ejemplo, el ciclo es de 21 días, y el sangrado dura unos 7, puede solaparse con el momento de la ovulación, y hay que tener en cuenta que los espermatozoides tienen una vida de unos 3 a 5 días dentro del útero.

Ciclo menstrual y sus fases

Tomando como referencia la periodicidad media recogida en el artículo de *Nature* de 2019



También desmonta el mito de la Luna: si fuese cierto, solo podría coordinarse a las personas que tienen siempre un ciclo exacto de 29 días (los ciclos lunares tampoco son de 28 días, sino de 29), ya que si se adelanta o se atrasa un día, acabaría desincronizándose con el tiempo. Por eso muchas expertas abogan por el abandono del uso del término «regla» cuando nos referimos al ciclo menstrual, que tiene la connotación de patrón fijo e inmutable, y que conlleva que todo lo demás se considere irregular, cuando no tiene por qué serlo.

Otro bulo muy extendido sobre el ciclo es que se sincroniza en mujeres que conviven o comparten mucho tiempo juntas. Esta creencia se basa en la idea de que las feromonas femeninas afectan al funcionamiento biológico de otras personas, a raíz de un artículo de 1971 publicado en *Nature* cuya autora dio nombre a este supuesto fenómeno, el efecto McClintock[64]. Este estudio se basó en las observaciones de 135 estudiantes de una universidad estadounidense, pero su metodología ha sido ampliamente cuestionada por los sesgos que conllevaba su diseño[65]. Desde entonces otros experimentos han intentado demostrar lo mismo, como uno realizado a 186 mujeres chinas que convivían juntas publicado en 2006, donde sin embargo no encontraron ninguna correlación[66]. La principal razón que esgrimen los investigadores para esa falta de sincronización es la misma que desmonta el mito de la Luna, la variabilidad entre ciclos hace que sea imposible que puedan sincronizarse de manera estable en el tiempo: «Dado que un mecanismo de feromonas de sincronización es el único mecanismo plausible que se ha propuesto, se deduce que no hay feromonas que modulen la duración de los ciclos menstruales», explica un estudio de la Universidad de California en 2006 que encuentra problemas metodológicos en ocho estudios previos que aseguraban la existencia de esta sincronía[67].

Aun así, si tienes o has tenido la menstruación, puede que alguna vez incluso te haya parecido que te viene a la par de alguna familiar, compañera o amiga. Tiene más que ver con lo que se conoce como sesgo de confirmación que con una coordinación real. Piensa que, si durante unos cinco días al mes tienes la regla y lo más probable es que la duración de vuestros ciclos no sea exactamente igual, en algún momento coincidirán. Y lo lógico es que te acuerdes más de esa coincidencia que de todas las veces en las que no se produjo.

La montaña rusa hormonal

La coreografía de hormonas propia del ciclo menstrual no solo provoca cambios físicos en las partes del cuerpo que forman parte de este proceso, sino que afecta a todo el organismo. La capacidad pulmonar, el metabolismo de los lípidos, la función renal y hasta las células de la córnea pueden verse influidos por el periodo, ya que su regulación es neuroendocrina. Es decir, los cambios en el sistema nervioso central afectan a las hormonas que regulan el ciclo menstrual, provocando efectos fisiológicos que no se han empezado a investigar hasta los últimos veinte años. Aunque no existen patrones universales y la experiencia de una persona con su menstruación puede variar radicalmente de la de otra, vamos a intentar resumir en las siguientes líneas los síntomas más comunes.

> *He aprendido a conocerla y qué me pasa en cada momento. Siento que el haber llegado a comprender ciertas cosas me ha hecho libre en algunos aspectos.*
>
> *Laura, 25 años, Bizkaia.*

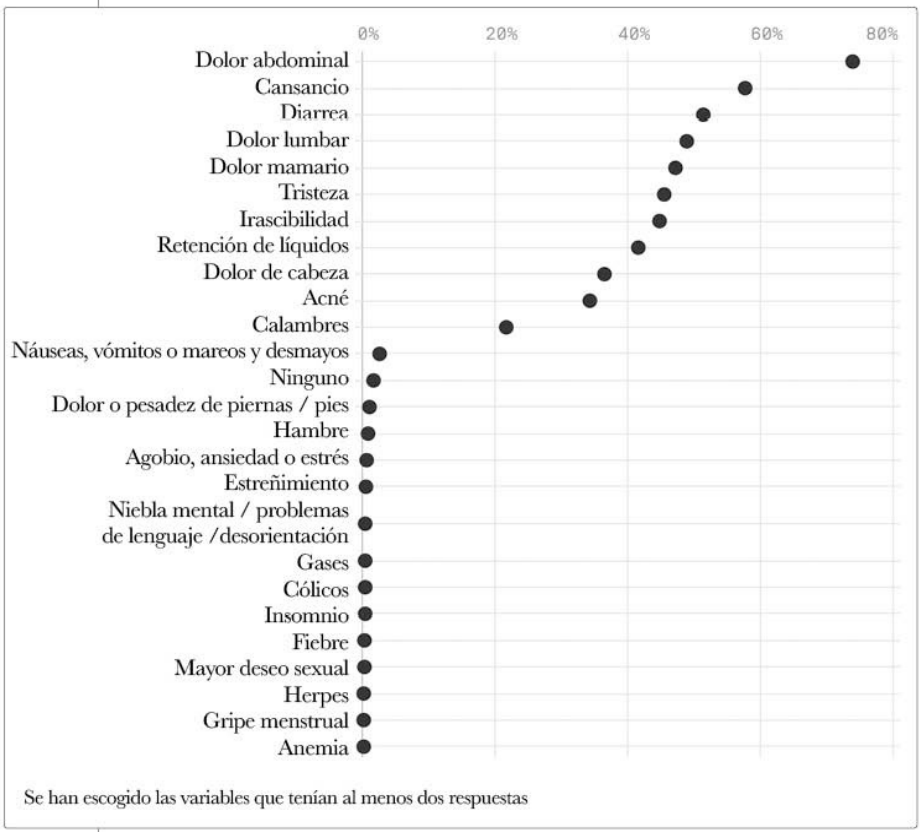
Una manera fácil de recordar los síntomas en las distintas fases del ciclo hormonal es asociarlas de forma metafórica a las estaciones del año. Así, la fase menstrual correspondería al invierno, ya que durante el sangrado muchas personas sienten la necesidad de guardar reposo. Además de por las molestias que suelen acompañar estos días, tiene que ver con la bajada de estrógenos y progesterona que se produce en ese momento, y que provoca también una bajada de endorfinas (como la serotonina o la dopamina), responsables de producirnos placer y alegría. «Esto fisicamente se traduce en una ligera irritabilidad, ansiedad y bajada de ánimo», explica Sanz, que apuesta en estos días por el autocuidado.

En torno a esta fase es donde más síntomas físicos y emocionales suelen producirse. Según un estudio con datos de salud de Apple[68] con más de 6000 mujeres que registraron síntomas menstruales, el 83 % sufrían dolores abdominales, el 63 % hinchazón, el 61 % cansancio y el 54 % acné. La encuesta realizada para este libro arroja cifras similares: un 74 % sufría de dolor abdominal, un 58 % cansancio y un 51 % diarrea. La descomposición durante esos días es culpa de las prostaglandinas, una sustancia que hace que el útero se contraiga para expulsar el endometrio, provocando el mismo efecto en los intestinos.

Además, algunas personas experimentan cambios en su piel y cuero cabelludo estos días, un síntoma que está relacionado con la producción de grasa en las glándulas sebáceas, que aumenta con una presencia alta de los estrógenos. Hay quien asegura también sentir el pelo más rebelde durante el sangrado, y aunque no existe evidencia sobre esta afirmación, sí puede estar relacionada con la autopercepción más negativa que se tiene en esta fase[69].

> *Con los años he aprendido a apreciar mis menstruaciones, a saberme cíclica y a respetar cada parte del ciclo, no solo la parte de ovulación, cuando tengo más energía.*
>
> *María, 37 años, Madrid.*

¿Qué síntomas tienes o tenías con más frecuencia durante tu menstruación?



Se han escogido las variables que tenían al menos dos respuestas

Tras el sangrado, a medida que los estrógenos vuelven a aumentar, las endorfinas aparecen de nuevo y con ellas llega también la energía y las ganas de hacer cosas. Este momento, el de la fase folicular, evocaría a la primavera y es normal experimentar mayor bienestar, creatividad, productividad y libido a medida que se avanza hacia la ovulación.

La ovulación es el momento con más estrógenos circulando por el cuerpo, lo que podría equipararse a la llegada del verano, lleno de actividad. En ese momento, la ansiedad puede estar más alta, aunque aumenta también la sociabilidad, la empatía y la creatividad. Además, es el momento en el que todos los sentidos están más acentuados[70], así como el deseo sexual, aunque, como señala Prior, este aumento tiene más que ver con una mayor energía y autoestima que con una especie de celo animal[71].

Después de la ovulación llega el otoño, la fase lútea. El equilibrio entre los estrógenos y la progesterona puede ser más delicado en esta fase, ya que mientras los primeros se reducen, con la consecuente bajada de endorfinas y crecimiento de la irritabilidad, la segunda va en aumento, produciendo una mayor sensación de calma y serenidad, aunque también de hinchazón, lo que puede afectar a la autopercepción y autoestima. También hay personas que experimentan más despistes o pérdidas de memoria durante estos días debido a la bajada de los estrógenos, que ayudan a la conectividad de las neuronas en el hipocampo, un fenómeno que también se da al inicio de la menopausia por la disminución que experimenta esta hormona. Por eso en algunos sitios leerás que no es un buen momento para la toma de decisiones ni para acciones impulsivas.

«Los niveles de estrógenos colaboran en la excitabilidad del sistema nervioso, pero también en estimularlo y tonificarlo (efecto antidepresivo), y la progesterona natural tiene un efecto armonizador estimulando la sedación y el sueño, y colaborando en eliminar el exceso de líquidos, de irritabilidad y la tensión nerviosa», explica la doctora Valls.

> *Los días previos son los más difíciles. Siento que mis pensamientos no están claros, hay mucho ruido mental. Siento ansiedad, que no tengo en otras partes de mi ciclo. Pero nada más bajar la regla, en un día, todo vuelve a la paz.*
>
> *Lara, 36 años, Brasil.*

Por último, con la llegada de la menstruación vuelve el invierno, completando las estaciones metafóricas del ciclo menstrual. Puede que estos síntomas no se cumplan en todos los casos, o que no experimentes para nada estas variaciones, pero de manera general es el efecto que las hormonas generan en los cuerpos. No son exclusivos de las mujeres cis, también los hombres trans experimentan estos cambios durante el periodo hasta que su cuerpo se acostumbra a la testosterona, si la toman. Y de la misma forma, las mujeres trans que se hormonan con estrógenos, progesterona o una combinación de ambas, también pueden sentir algunos de estos vaivenes anímicos.

Aunque tanto los estrógenos como la progesterona se han denominado «hormonas femeninas» y a la testosterona se la considera «masculina», lo cierto es que ambos sexos cuentan con todas ellas, en distintas proporciones. De hecho, los hombres cis también son susceptibles a los cambios hormonales, que si bien no son tan cíclicos como en las mujeres, afectan de igual manera a su ánimo, energía y libido. En su caso, las variaciones en sus hormonas suelen darse a lo largo del día, con mayores picos de testosterona durante las mañanas, pero también tienen variaciones a lo largo del mes, e incluso del año, registrando

más niveles de testosterona durante el otoño. Y su efecto también va disminuyendo con la edad, a medida que estas sustancias empiezan a desaparecer del organismo, dando lugar a lo que se conoce científicamente como el síndrome de irritabilidad masculina o andropausia, con síntomas similares a la depresión o la ansiedad.

Los signos de la regla saludable

«En los últimos años me siento tranquila cuando tengo la regla porque me siento más cansada y triste esos días, pero si respeto mi estado de ánimo, no tengo ningún dolor y sé que mi cuerpo está "funcionando" bien», comparte en la encuesta una mujer de 46 años, de Pontevedra.

La mayoría de las mujeres no sabe reconocer cuándo algo va mal en su ciclo, porque el tabú ha impedido que se estudie y se enseñe lo que es una regla sana, a pesar de la importancia de este hecho biológico como señal de que todo va bien.

Xusa Sanz utiliza siete parámetros que pueden identificar si un ciclo es saludable. El primero es la duración, ni muy largo ni muy corto. Una media de 21 días entre sangrado y sangrado puede indicar que «la ovulación no es lo suficientemente "potente" para crear un cuerpo lúteo de calidad capaz de fabricar progesterona para mantener el endometrio», mientras que si es demasiado largo, puede significar que no ha habido ovulación. Si los ciclos demasiado cortos o demasiado largos se repiten durante varios meses o si son muy distintos entre sí, es conveniente consultar a un especialista para ver si hay algún problema detrás. Y si el sangrado varía en dos o tres días de duración, puede deberse a que la ovulación está viéndose alterada por algún factor, como el estrés, la mala alimentación o el síndrome de ovarios poliquísticos.

Ese sería otro parámetro de salud a tener en cuenta: los ciclos ovulatorios. Que se produzca menstruación en cada ciclo no implica necesariamente que se haya producido ovulación. «Aunque parezcan normales, muchos ciclos son en realidad anovulatorios, pero es importante que se produzca ovulación», apunta Sanz. Ovular es importante más allá de la procreación, ya que regula la cantidad de hormonas en el cuerpo (estrógenos y progesterona), lo que repercute directamente en la salud cardiaca, la densidad ósea, el metabolismo, la calidad del sueño, la tiroides o la salud mental.

Estimar si el ciclo es o no ovulatorio requiere cierto conocimiento del propio cuerpo. Una forma es el método sintotérmico, que consiste en medir la temperatura basal, el moco cervical y la posición del cérvix. Cuando la progesterona se eleva dos o tres días después de la ovulación, se produce un aumento de la temperatura corporal de entre 0.3 y 0.5 ºC. En cuanto al flujo, debería variar en su consistencia a lo largo de todo el ciclo, volviéndose más transparente y elástico —similar a una clara de huevo crudo— cerca de la ovulación (con el objetivo de atrapar más espermatozoides). Por último, otro método para saber si se produce o no ovulación es introducir los dedos en la vagina y palpar el cérvix, el canal que comunica el útero y la vagina. Si está cerca la ovulación, estará más bajo (a unos 3-4 cm) y abierto, con una sensación al tacto húmeda y blanda, todo lo contrario al momento que rodea la menstruación.

> *Ojalá haber tenido toda la información que tengo ahora cuando era preadolescente. Mi relación con mi cuerpo hubiera sido sin duda mucho más positiva. No hubiera vivido tantos años de espaldas a mi*

propio cuerpo, a mis propios procesos, a mí misma.

Anónima, 36 años, Valencia.

El tercer signo a considerar es la ausencia de dolor. Tener dolor no es normal, a pesar de las veces que habrás oído que es algo con lo que las mujeres tienen que lidiar. Ahondaremos en ello más adelante.

El cuarto y quinto parámetro están relacionados con el sangrado: «En cantidad y en duración. Lo normal es que dure entre tres y cinco días. Si es más de siete seguramente sea abundante», dice Sanz. Se calcula que, en Europa, el 27.2 % de las mujeres tiene una regla abundante, de las cuales solo la mitad (54 %) acuden al médico[72].

Un sangrado abundante puede generar complicaciones en el futuro, como anemias por la falta de hierro, como le ocurrió a Marta, navarra de 35 años: «La gente suele hablar de la menstruación, de su dolor, cantidad…, pero nunca se habla de los problemas que pueden venir con ella. En mi caso, la gran pérdida de sangre vino acompañada de una anemia brutal, que supuso tomar pastillas de hierro durante muchos años».

Para la recogida de datos de nuestra encuesta, en la pregunta referida a la cantidad menstrual, usamos las equivalencias que Sanz aporta en su libro. Y nos sorprendió la cantidad de comentarios que nos señalaron que *tenía* que estar mal porque consideraban que más de 80 ml por periodo no podía ser demasiado. «Es común: hay estudios donde se ha visto que mujeres con sangrado abundante lo consideraban escaso, y mujeres con sangrado escaso, abundante», explica. «El sangrado abundante es superfrecuente porque actualmente vivimos estrogénicas perdidas, y eso engorda el endometrio».

Para medir la cantidad de sangre, propone contabilizarla según el producto utilizado para recogerla. Así, 80 ml equivaldrían a cambiar una compresa empapada (unos 10 ml), entre seis y ocho veces en todo el ciclo. En tampones depende de la cantidad de absorción, pero si uno regular recoge entre 9 y 12 ml, equivaldría a unos ocho completamente manchados. La copa es el sistema más sencillo para ver la cantidad, ya que no se empapa en ningún material, lo que suele dar la impresión de que se mancha más de lo que hay realmente. Las copas del mercado varían su capacidad entre los 10 y los 40 ml, lo que equivaldría a vaciarla cuando está completamente llena, entre ocho y dos veces en todo el periodo, respectivamente.

Según estos parámetros, el 38.5 % de participantes de nuestra encuesta afirmaron tener una regla abundante, llegando a gastar más de ocho compresas o tampones regulares, o dos copas de tamaño grande. El 49 % consideraban que su regla era normal, y el 9 % escasa (menos de tres compresas o tampones o la mitad de una copa).

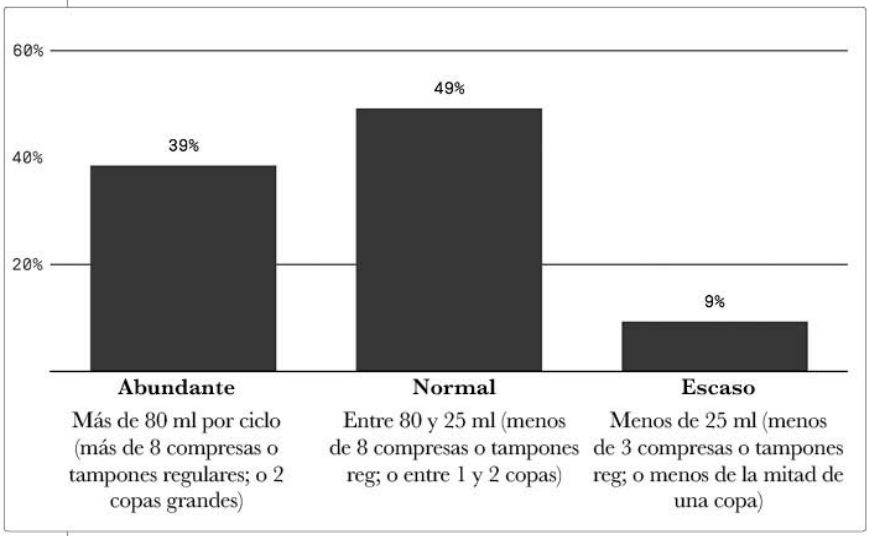
Para que el ciclo menstrual sea considerado saludable, tampoco tiene que haber presencia de coágulos durante el sangrado. Aunque muchas veces se confunden con trozos de endometrio, los primeros tienen más de dos centímetros y medio de tamaño, son viscosos, resbaladizos y normalmente van acompañados de dolor menstrual por el esfuerzo que supone expulsarlos. Suele estar asociado a un sangrado abundante ya que «cuando hay mucho flujo, el mecanismo que se encarga de descoagular la sangre para que sea más líquida no tiene tiempo suficiente para ir al ritmo y se acumula en el interior del útero», explica Sanz.

El último signo de una regla sana es que no se produzca síndrome premenstrual, un trastorno del que hablaremos en profundidad en el capítulo 5, pero que puede producir un amplio abanico de síntomas físicos y psicológicos entre una y dos semanas antes del sangrado, como cambios de humor, ansiedad, dolores articulares o de cabeza.

Hay mujeres que seguimos sin saber el porqué del funcionamiento hormonal y los ciclos.

Cristina, 39 años, Toledo.

¿Cuánto manchas en un ciclo menstrual?



Por tanto, los siete signos de un ciclo saludable serían: que tenga una duración regular dentro del rango de 24 a 38 días; que sea ovulatorio; que no duela; que el sangrado no sea más de 80 ml[73] ni se extienda más de siete días; que no haya coágulos y que no haya presencia de síndrome premenstrual. Si tu ciclo se sale de estos patrones de manera puntual no tienes que preocuparte, pero si se mantiene por más de tres meses, es recomendable consultar a un especialista que descarte posibles patologías detrás de esa irregularidad.

La importancia de medir el ciclo

A pesar de su importancia para una vida saludable, muchas mujeres no empiezan a aprender el funcionamiento de su ciclo hasta que intentan ser madres, como nos confesaron en sus respuestas: «Cuando me quise quedar embarazada no sabía nada de mi ciclo, de los días fértiles. Tenía toda la información para evitar el embarazo, pero no para buscarlo», explica María, sevillana de 42 años.

Pero el objetivo de un ciclo saludable debería ser deseable más allá de la maternidad, también desde la atención sanitaria: «[Los médicos] me preguntan si quiero tener hijos y como digo que no, no le dan más importancia, ¡pero si la mujer tiene la regla todos los meses por algo está hecho y es necesario!», se queja Natalia, una mujer de Asturias de 32 años. «El ginecólogo me dio pastillas y se me quitó completamente. ¡No puede ser un tabú esto y dejar que con 32 años se me quite la regla!».

Para identificar las irregularidades en un ciclo menstrual, es fundamental conocer sus patrones. Para Rocío, de 36 años, de Madrid, el uso de una aplicación en el móvil la ha ayudado a conocerlo —y conocerse— mejor: «Es un modo consciente de vivirlo», explica en nuestra encuesta. El uso de las nuevas tecnologías ha cambiado la relación con la menstruación, pero en realidad llevar un registro de los síntomas y sensaciones cada día del ciclo menstrual no es nada nuevo.

Ya el libro *Luna roja* proponía tomar nota de los sentimientos, sueños, salud y —cómo no— la fase lunar cada día del ciclo. Más recientemente, en 2016, la pedagoga menstrual Erika Irusta hizo un ejercicio similar en su libro *Diario de un cuerpo*, donde apuntaba todos los sentimientos y síntomas que atravesaba cada día.

«Un diario menstrual te ayuda a tomar conciencia sobre tu ciclo y los procesos que atraviesas. No solo apuntas información sobre el sangrado o el dolor. También la situación emocional, las preferencias de música, comida, uso de redes… A priori parece que no tiene por qué cambiar lo que me apetece comer o leer esta semana o la siguiente, pero con un registro podemos ver un patrón en el tiempo, normalmente a partir de los tres meses, que se relaciona con los cambios hormonales», explica Verónica Satrustegi, periodista y educadora menstrual que imparte talleres a grupos de mujeres y en colegios, donde anima e instruye, entre otras cosas, a llevar un diario menstrual. «Ese autoconocimiento, o más bien *autocoñocimiento*, nos da poder y nos permite, por ejemplo, organizar nuestra agenda según la fase en la que estamos. Si nos va a apetecer estar más solas, si vamos a ser más productivas…».

Si buscas en internet, encontrarás decenas de plantillas para observar las variaciones que experimentas a lo largo del ciclo, aunque las aplicaciones para el móvil han facilitado esta tarea. Además, como hemos visto, permiten la elaboración de estudios basados en big data que aportan conocimiento sobre el conjunto de aspectos relacionados con la menstruación y el

ciclo. Aunque Flo, inglesa, y Clue, alemana[74], son las más conocidas y descargadas en el mundo.

Solo esas dos aplicaciones son usadas mensualmente por 250 y 11 millones de personas respectivamente[75]. Su crecimiento es exponencial: en 2019 se calculaba que entre las dos sumaban 55 millones de usuarias activas mensuales. Y son solo un par: existen un centenar de opciones disponibles para empezar a anotar cada aspecto menstrual en el teléfono.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la mayoría de estas herramientas no están exentas de riesgos en lo referido a la privacidad. Aunque en Europa la ley de Protección de Datos protege especialmente los datos de salud, la información que recopilan estas aplicaciones no está considerada como tal y esta información también puede ser y, de hecho es, vendida a terceros[76].

También es importante tener presente que las indicaciones que a veces proporcionan estas aplicaciones no están escritas en piedra. «Tenemos una confianza ciega en lo que diga la aplicación del móvil, pero, por ejemplo, no tiene por qué darte exactamente la fecha de ovulación, puede variar por mil razones que la app no nos va a recoger», explica Satrustegi.

Conocer el ciclo tiene un gran potencial en la vida diaria de las personas con menstruación, que pueden ajustar su actividad social, laboral o física a los días en que se sienten con mayor o menor energía. Un claro ejemplo es cómo el deporte de élite está aprendiendo a aprovechar el ciclo de sus deportistas para obtener un mejor rendimiento.

Equipos de fútbol como el Barça, el Madrid, el Chelsea o la selección de EE. UU. ya basan la preparación física de sus jugadoras en relación a su ciclo. Las nuevas tecnologías también están ayudando a analizar el rendimiento deportivo, y en esa carrera la individualización es fundamental. «La diferencia entre mis estrógenos y los tuyos puede ser muy amplia y producir cosas diferentes en ti y en mí», apunta Esther Morencos, preparadora física de la Selección Femenina de Hockey y vicedecana de investigación en la Universidad Francisco de Vitoria. «Necesitamos generalidades para tener una base, pero hay que mirar la individualidad, lo que hace el cuerpo para adaptarse en cada momento del ciclo».

El conocimiento sobre el ciclo menstrual en las deportistas, según Morencos, no pasa tanto por analizar si se rinde más en un momento u otro, sino por aprender cómo actúa el cuerpo para encontrar el equilibrio en cada fase. «El ciclo menstrual no está pensado para correr ahora más o ahora menos. El rendimiento incluye muchas cosas y el ciclo es una variable más», explica. «Por ejemplo, es más útil saber que durante la fase lútea el metabolismo de lípidos está más implicado, por lo que si salgo a correr media hora mi cuerpo tira más de grasas que en otras fases. Es una aproximación muy distinta».

Según un estudio que está llevando a cabo mientras se escribe este libro con encuestas a un millar de deportistas españolas, cerca del 60 % tiene la percepción de que el ciclo menstrual afecta a su rendimiento deportivo. Y aun así, más de la mitad considera que no existe suficiente comunicación sobre este tema con su entrenador o equipo técnico.

«Hicimos preguntas sobre el conocimiento general de la menstruación y hemos visto muchas respuestas erróneas. Mujeres que confunden menstruación y ciclo menstrual o que no distinguen cuántos días dura cada cosa», explica. No hablarlo o no comprender los cambios en el ciclo, conlleva no solo la automedicación para poder seguir entrenando al mismo nivel los días de más dolor, también efectos en el cuerpo a largo plazo, como fracturas por estrés o lo que se ha denominado como «triada femenina».

Esta triada comprende la combinación de tres patologías: trastornos alimenticios por una nutrición no ajustada al consumo de energía, amenorrea (falta de menstruación) provocada por esta deficiencia, y osteoporosis por la ausencia de periodo, que da lugar a fracturas óseas. Las complicaciones derivadas son más irreversibles cuanto menor es la edad y el desarrollo de los huesos, y se calcula que el 78 % de las mujeres que practican deporte de élite sufren alguno de estos problemas[77].

Por eso, el Comité Olímpico Internacional (COI), en una declaración sobre el tratamiento y retorno de las atletas con triada femenina, expresó la necesidad de buscar un entrenamiento adecuado a cada persona, con dosificaciones en las cargas de entrenamiento para evitar este trastorno en las atletas. «Históricamente se ha asumido que si se hace mucho deporte va a dar lugar a una amenorrea y ese reduccionismo es muy dañino, es hora de ir más allá. Ahora hay más expertos en salud que dan aproximaciones más completas a las respuestas fisiológicas del ciclo», explica Morencos.

Cuando la menstruación desaparece

La ausencia parcial o total de menstruación es un trastorno poco estudiado que no solo afecta a las deportistas. El primer caso se conoce como oligomenorrea: menstruaciones escasas, de un par de días, con ciclos irregulares que pueden alargarse más de 45 días con sangrados escasos. Puede darse especialmente en personas que trabajan en turnos de noche o que cambian a menudo de huso horario, ya que estas rutinas alteran la secreción de melatonina, que influye directamente en la regulación menstrual. Por eso también es más habitual en países nórdicos, con pocas horas de luz en invierno.

No obstante, si la falta se prolonga durante varios meses —sin que se haya producido un embarazo o se esté entrando en la menopausia—, se considera amenorrea hipotalámica, ya que se produce cuando el eje hipotalámico hipófisis-ovario no se comunica correctamente por alguna causa.

Este tipo de trastorno tiene una prevalencia del 3 % al 4 % en la población general, puede deberse a cierta predisposición genética, y darse durante la adolescencia (cuando la menarquia se alarga más de los 16 años), o después[78]. Cuando se produce después, puede tener varias causas. Una de las más frecuentes es una mala nutrición, especialmente cuando faltan grasas, ya que son precursoras de las hormonas sexuales (como los estrógenos y la progesterona). Perder dos kilos ya puede producir alteraciones en el ciclo menstrual al mes siguiente, y si se reduce por debajo del rango normal en el índice de masa corporal, puede desaparecer la ovulación y la menstruación, como ocurre con la anorexia nerviosa.

La pérdida de menstruación también puede deberse al estrés psicológico, resultado de sufrir un duro golpe emocional o un periodo de estrés o ansiedad prolongado. Es un mecanismo de supervivencia: el organismo entiende que está en una situación de riesgo y prescinde de funciones que no son fundamentales, como la reproducción. El hipotálamo, en lugar de liberar de forma intermitente las hormonas que estimulan la hipófisis para que se produzca la menstruación, las libera de forma ininterrumpida, no permitiendo a las hormonas encargadas de crear los folículos y la ovulación que entren en acción.

Hay muchos factores que pueden influir en la regularidad del ciclo, como el estrés, la mala alimentación, el alcohol, el tabaco, las enfermedades hepáticas o autoinmunes, las alteraciones

de la tiroides o el consumo de algunos medicamentos.

La pobreza también puede ser un factor crucial a la hora de alterar o suprimir la regla: «Te puedo explicar el caso de las mujeres de San Petersburgo. Las médicas de allí que vinieron al Congreso Mujeres, Trabajo y Salud[79] nos contaron que hubo tanta pobreza durante la Unión Soviética y la clase media quedó tan empobrecida, que las menstruaciones estaban totalmente alteradas, y las mujeres registraban índices de prolactinas muy altos», explica Valls. La prolactina es una hormona que en altas cantidades inhibe la secreción de hormonas fundamentales para la regulación del ciclo. «Si hay una alteración del ciclo, siempre tendrías que mirar la prolactina, pero también mirar la tiroides, la carencia de hierro, la carencia de ácido fólico, de vitamina B12, alteraciones en la flora intestinal… Hay muchas cosas que mirar», añade.

El estrés contemporáneo y la contaminación ambiental también están provocando que cada vez haya más irregularidades en los ciclos menstruales[80]. Pero aunque desde el siglo xix se sabe que la mayoría de los productos contaminantes son disruptores endocrinos, los estudios que relacionan su efecto con el ciclo menstrual son aún muy escasos y recientes. «Nadie sabía que el medio ambiente podía afectar tanto a la menstruación hasta que vimos que las trabajadoras de una empresa donde habían fumigado con insecticidas habían dejado de tenerla, o la tenían totalmente alterada. Pero eso no se conocía hasta hace diez años y aún no se enseña en las facultades de medicina», explica Valls. Porque si conocer cómo es el ciclo menstrual y sus patrones de normalidad ha llevado siglos, poner nombre a lo que va mal, conocer sus causas y buscar tratamientos adecuados es aún una tarea pendiente en materia de salud, menstrual y general.

[51] Gray, M., *Luna roja*, Gaia Ediciones, 1999.
[52] Law, S., «The regulation of menstrual cycle and its relationship to the moon», *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1986.
[53] VV. AA., «Women temporarily synchronize their menstrual cycles with the luminance and gravimetric cycles of the Moon», *Sciences Advance*, 27 de enero de 2021.
[54] G. Foster, R.; Roenneberg, T., «Human Responses to the Geophysical Daily, Annual and Lunar Cycles», *Current Biology*, 9 de septiembre de 2008.
[55] Pearson, H., «Pull of the Moon», *Nature*, 2006.
[56] Por ejemplo, la mayoría de los primates, los murciélagos y las musarañas elefantes.
[57] «El mito de las fases lunares y la menstruación», *Clue*, 17 de abril de 2019.
[58] VV. AA., «Una mirada histórica a la menstruación a través de una receta médica del siglo xix en el Nuevo Reino de Granada», *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 2021.
[59] Haridasani, A., «Los misterios del cólico de ovulación», *The New York Times,* 2023.
[60] Soumpasis, I., Grace, B., Johnson, S., «Real-life insights on menstrual cycles and ovulation using big data», *Human Reproduction Open*, 2020.
[61] VV. AA., «Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles», *Nature*, 27 de agosto de 2019.
[62] Concretamente, según el estudio, «para las mujeres con una duración de ciclo típica (25 a 30 días), la duración de la fase folicular fue en promedio de 15.2 días. Para las mujeres con ciclos normales pero más largos (31 a 35 días), fue de 19.5 días y para las mujeres con ciclos normales pero más cortos (21 a 24 días) fue de 12.4 días». Por debajo de 10 días de duración de la fase lútea, se considera que son anormales porque hay un déficit de progesterona.
[63] Pinto, T., «No, el ciclo menstrual no dura 28 días ni la ovulación se produce en el día 14», *Eldiario.es*, 26 de octubre de 2019.
[64] M. McClintock., «Menstrual Synchrony and Suppression», *Nature*, 22 de enero de 1971.
[65] Por ejemplo, H. Clyde Wilson en «A critical review of menstrual synchrony research» (*Psychoneuroendocrinology*, 1992) señala que el estudio peca de asunciones erróneas respecto al inicio de los ciclos y de un sesgo en la elección de las participantes, entre otros fallos.
[66] Yang, Z., «Women do not synchronize their menstrual cycles», *Human Nature*, consultado online en *PubMed*, 2006.
[67] Schank. J., «Do Human Menstrual-Cycle Pheromones Exist?», *Human Nature*, consultado online en *PubMed*, 2006.
[68] Apple Women's Health Study, «Menstrual symptom data can help end period stigma», *Harvard T. H. Chan,* marzo de 2021.
[69] Telfer, N., «El cabello y el ciclo menstrual», *Clue*, 28 de febrero de 2018.
[70] Valls Llobet, C., «Fisiopatología del ciclo menstrual para profanas», *Revista Mujer y salud* Nº 45, 2018.
[71] VV. AA., «Does Interest in Sex Peak at Mid-Cycle in Ovulatory Menstrual Cycles of Healthy, Community Dwelling Women? An 11-Month Prospective Observational Study», *Women's Reproductive Health*, 2021.
[72] Fernández, J.; Álvarez López, C.; Martínez Morales, S., «Actualización sobre el sangrado menstrual abundante», *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 2020.
[73] Algunas expertas lo elevan a 100 ml.
[74] Curiosamente, la creadora de Clue, Ida Tin, fue la primera en acuñar el término *FemTech*, referido a todos los desarrollos tecnológicos basados en la salud de la mujer.
[75] Datos de 2023.
[76] En 2020 una investigación de la organización Privacy International demostró que varias de estas apps facilitaban información a Facebook, aunque más tarde algunas de ellas anunciaron que habían dejado de hacerlo: «No Body's Business But Mine: How Menstruation Apps Are Sharing Your Data», Privacy International, septiembre de 2019.
[77] VV. AA., «Are elite female soccer athletes at risk for disordered eating attitudes, menstrual dysfunction and stress fractures?», *PM&R*, 2016.
[78] Pérez Agudelo, L., «Anovulación y amenorrea secundaria: enfoque fácil y práctico», *Revista Med*, octubre de 2020.
[79] Celebrado en Barcelona en abril de 1996.
[80] Van Der Berg, E., «¿Se le retrasa la regla? La culpa puede ser de la contaminación», *El País*, 9 de mayo de 2018.

Capítulo 4. De la menarquia a la menopausia

El documento, casi olvidado pero muy bien conservado, ha pasado más de un siglo almacenado en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense.

Myriam de Hipólito, subdirectora de la biblioteca, aparece tras el mostrador llevando entre sus manos un delgado hatillo de papeles, que deposita con sencilla solemnidad sobre la mesa. «Mucho cuidado, es una joyita», subraya.

Son 79 cuartillas redactadas a mano en 1918. Papel color perla y una letra cursiva con estilográfica, de un color azul ya grisáceo que nos recuerda que hubo una época para la ciencia, no solo antes de la informática, sino también de la mecanografía. Lo más interesante está en el apéndice, donde Juan Comas Camps recoge 6500 observaciones sobre la menarquia —a qué edad se presentaba por primera vez la menstruación— en cuarenta provincias españolas.

Comas Camps era, en realidad, antropólogo. De origen menorquín, su biografía revela que durante sus años de universitario en Madrid, a comienzos del siglo pasado, alternaba sus estudios en la Facultad de Ciencias Biológicas con los ambientes vanguardistas de la época. Frecuentó los círculos de Lorca o Buñuel, aprendió pedagogía junto a Jean Piaget en Ginebra, se afilió al Partido Socialista y, al empezar la guerra civil, ocupó diversos cargos en el Gobierno republicano. Cuando su cabeza tuvo precio, cruzó la frontera con Francia y, más tarde, puso rumbo a Ciudad de México, donde falleció en 1979, casi con 80 años.

Fue una eminencia en antropología. Cuando tenía apenas 18 años, dedicó su memoria doctoral a los calambres y dolores que aparecen con la menstruación. La memoria, a diferencia de la tesis, no está pensada para realizar un aporte científico novedoso, sino que servía para obtener algún título. Por eso este documento no suele aparecer en las bibliografías que celebran la producción científica de Comas, venerado en el país mexicano como fundador del Instituto de Estudios Antropológicos de la UNAM y por las décadas que pasó estudiando a los pueblos indígenas.

Esta memoria contiene una información extremadamente valiosa. Los datos proceden de 4300 observaciones extraídas por el antropólogo del dispensario anexo a la Clínica de Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona y de otras 2200 hojas clínicas del servicio de partos de la Asociación Protectora de la Maternidad de Barcelona. No es de extrañar, por tanto, que las cuatro provincias catalanas y aquellas que las rodean estén sobrerrepresentadas en el estudio.

En estos lugares con un mayor número de observaciones (Barcelona, Girona, Huesca o Lleida), y por tanto más fiables, la regla llegaba por primera vez entre los 14 y los 15 años. En Zaragoza o Lugo a los 16 años.

Aunque incompleta en su análisis, la tesis doctoral de Comas Camps es un tesoro. Primero, porque nos recuerda que, en la época de la que procede, hubo un florecimiento de las ciencias en España donde la salud femenina comenzaba a estudiarse en serio y que, poco después, fue

interrumpido abruptamente por la guerra y la dictadura.

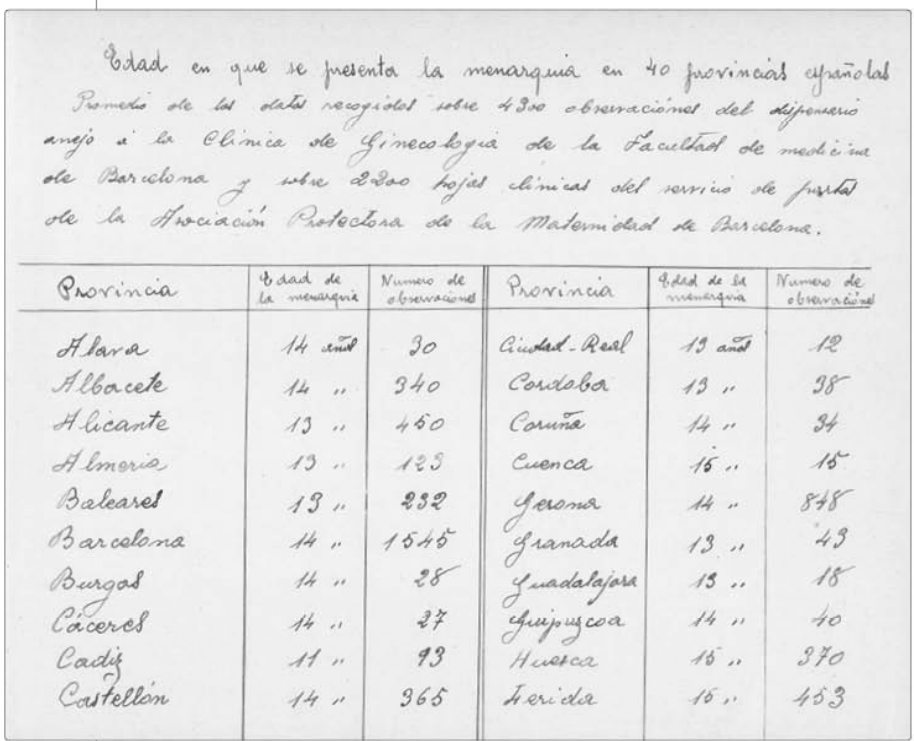
Pero, además, el trabajo de Comas Camps es valioso porque no ha habido ningún estudio similar en España en más de un siglo, nada que permita cotejar de una forma tan ambiciosa los cambios que ha experimentado en todo este tiempo la primera regla de las mujeres. Las aproximaciones que se han hecho al respecto para entender la llegada de la menstruación durante el franquismo han tenido lugar en los últimos quince años, es decir, se hicieron de forma retrospectiva y en todos los casos se centran en regiones concretas como Asturias[81] o Navarra[82].

Así, el trabajo del antropólogo arroja conclusiones muy interesantes y que respalda la tesis de que, hoy en día, la pubertad se está adelantando en ambos sexos y con ella la edad de la primera regla. Está ocurriendo en todos los países europeos, y en prácticamente todos los que lo han investigado. No es un fenómeno solamente de Occidente, ocurre desde Canadá a China o Corea del Sur.

Y por supuesto en Estados Unidos, donde las marcas hace tiempo que entendieron la tendencia y ahora comercializan todo tipo de productos menstruales para las *tweens*, que es como llaman a las preadolescentes de 8 a 12 años. Ya fabrican tampones más pequeños o estuches para la primera regla de color rosa chicle con tipografías infantiles y mucha purpurina.

España no es ajena al fenómeno. En la primera década del siglo xxi, los pediatras suelen manejar los 12 años como la edad típica para la menarquia en nuestro país, aunque estudios más recientes ya bajan esa media hasta los 11 años y medio[83]. Lo que cien años antes era algo excepcional —solo se daba en Sevilla y Cádiz— es actualmente la norma.

Las causas, por tanto, deben ser prácticamente universales para estar sucediendo en países tan diversos.



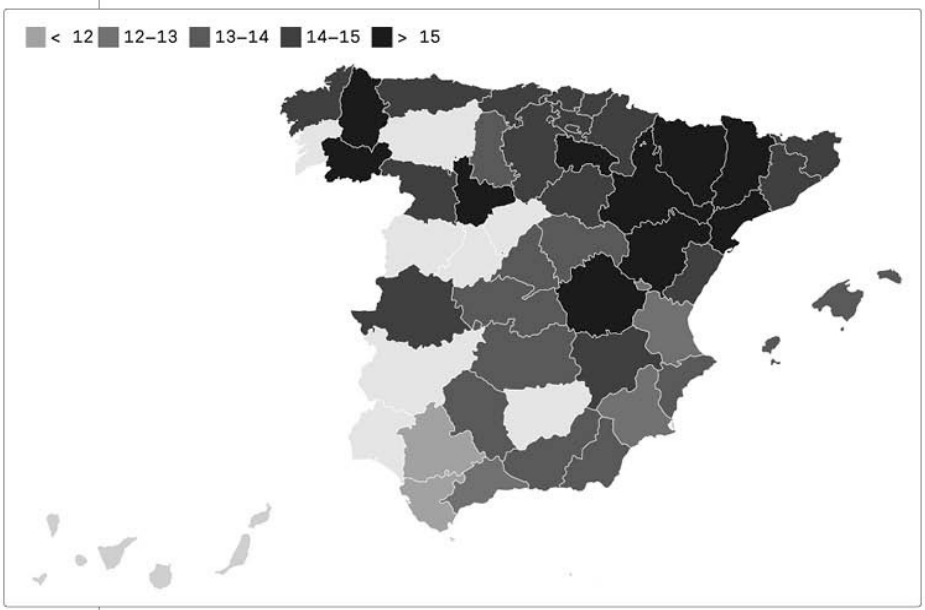
Edad en que se presenta la menarquia en 40 provincias españolas
Promedio de los datos recogidos sobre 4300 observaciones del dispensario anejo a la Clinica de Ginecologia de la Facultad de medicina de Barcelona y sobre 2200 hojas clinicas del servicio de puerta de la Asociación Protectora de la Maternidad de Barcelona.

Provincia	Edad de la menarquia	Numero de observaciones	Provincia	Edad de la menarquia	Numero de observaciones
Alava	14 años	30	Ciudad-Real	13 años	12
Albacete	14 „	340	Cordoba	13 „	38
Alicante	13 „	450	Coruña	14 „	34
Almeria	13 „	123	Cuenca	15 „	15
Baleares	13 „	232	Gerona	14 „	848
Barcelona	14 „	1545	Granada	13 „	43
Burgos	14 „	28	Guadalajara	13 „	18
Cáceres	14 „	27	Guipuzcoa	14 „	40
Cadiz	11 „	93	Huesca	15 „	370
Castellón	14 „	365	Lerida	15 „	453

Reproducción de dos de las cuartillas de la memoria de Juan Comas Camps

Provincia	Edad de la menarquia	Numero de observaciones	Provincia	Edad de la menarquia	Numero de observaciones
Logroño	15 años	22	Sevilla	11 años	75
Lugo	15 "	10	Tarragona	15 "	421
Madrid	13 "	214	Teruel	15 "	243
Malaga	12 "	9	Toledo	13 "	15
Murcia	12 "	506	Valencia	12 a 13 "	310
Navarra	14 "	28	Valladolid	15 "	14
Orense	15 "	32	Vizcaya	14 "	32
Oviedo	14 "	12	Zamora	14 "	29
Santander	14 "	14	Zaragoza	15 a 16	174
Palencia	13 "	9			
Soria	14 "	27			

Edad de la menarquia por provincias (1918)



Mapa: Archivo Universidad Complutense de Madrid.
Fuente: Apéndice a «La dismenorrea hipo-ovárica», memoria doctoral de Juan Comas Camps (1918).

¿Por qué sucede?

Un par de estudios independientes realizados en España en 2008 apuntan al primer factor del que se sospecha. Entre las 227 voluntarias analizadas en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, la edad media de la primera menstruación era de 12.2 años, pero en aquellas que registraban obesidad esta cifra bajaba hasta los 11.8 años[84].

¿Caso resuelto? No, ni mucho menos. Como todo lo que rodea a la menstruación, tenemos varios problemas. En primer lugar, los estudios son insuficientes. Harían falta más trabajos, más completos, con muchas más mujeres de diferentes edades, razas, tallas, pesos y situaciones.

«El incremento en el peso, no obstante, puede ser una consecuencia más que un determinante de la edad de la menarquia», razonaban los pediatras del Hospital Gómez Ulla en otro de estos trabajos[85]. Es decir, muchas niñas podrían empezar a ganar más peso a partir de que les llegue la pubertad, y al llegarles antes mostrarían un mayor índice de masa corporal que sus compañeras de la misma edad.

Aunque el patrón de descenso es consistente en todos los países que han hecho estudios al respecto, hay muchos interrogantes. Por ejemplo, en Estados Unidos la primera menstruación se está adelantando más rápido que en España, sobre todo en niñas de raza negra. Si las estadounidenses blancas vieron su menarquia adelantarse dos meses entre 1973 y 1994, entre las negras se ha acortado diez meses.

Hay que introducir un matiz importante sobre la menarquia: la pubertad no comienza en este momento, sino un poco antes, con la telarquia: el momento en el que los estrógenos empiezan a circular por el cuerpo y producen el desarrollo de las mamas o el crecimiento de útero y vagina[86]. No es ninguna sorpresa descubrir que la telarquia también se está adelantando en algunos países. Concretamente, en aquellos que lo han estudiado, como Estados Unidos, donde el desarrollo de los pechos se está produciendo entre 18 y 24 meses antes que hace unas décadas[87]. Otro trabajo habla de casi tres meses por década, lo que equivaldría a decir que a cada nueva generación se les empezará a desarrollar el botón mamario un año antes que a sus madres y dos años antes que a sus abuelas.

Xusa Sanz, además de enfermera, es una es una de las principales divulgadoras de la comunidad hispanohablante sobre lo que se sabe y lo que no, especialmente a través de su cuenta de Instagram. «Si revisas la bibliografía científica, se apunta a disruptores endocrinos y a temas de obesidad, porque el tejido adiposo al final es un órgano endocrino», nos explica. «Es verdad que muchas veces se relaciona con el peso, aunque tampoco es que el peso sea realmente un indicador fiable con el desarrollo de la pubertad».

Hace diez años, la tesis de la obesidad se convirtió en predominante dentro de los estudios sobre la menarquia. Incluso Se popularizó una teoría que venía a decir que en cuanto la niña llegaba a pesar 48 kilos su cuerpo comenzaba a emitir señales hormonales que acababan por provocar la primera menstruación, daba igual si se llegaba con 10 o con 14 años.

«Más tarde se vio que no es que exista un peso determinado, sino que es un tema de redistribución energética y de exceso de grasa», explica Sanz. Se sabe que una de las funciones del tejido adiposo es enviar al cerebro señales de que hay energía para gastar y que ya pueden empezar a desarrollarse otras funciones, en este caso, la reproductiva.

Es cierto que si algo ha aumentado en todas partes del mundo, incluso en Japón o Corea del Sur, son las tasas de obesidad infantil. Pero achacar a este factor el adelanto de la primera

regla es todavía aventurado. Entre otras cosas, porque pese a la prevalencia de la obesidad en niños, en hombres no parece ser un factor de importancia ni se está viendo una precipitación tan acentuada de la niñez a la adolescencia.

Otro problema es que, aunque muchas de estas presunciones pueden tener sentido, no tenemos un registro histórico lo suficientemente detallado como para compararlas. ¿Cuál era la edad media global de la menarquia hace cincuenta, cien o doscientos años? ¿Es realmente la edad un valor en descenso o se trata de algo cíclico?

Además de la obesidad, una de las causas, o más bien sospechas, que se barajan es la exposición, durante nuestros primeros años de vida, a los ya citados disruptores endocrinos, sustancias químicas presentes tanto en nuestra alimentación como a nuestro alrededor, en el medio ambiente.

De nuevo, la exposición a estos compuestos está muy demostrada por trabajos como el de la ginecóloga granadina Enriqueta Barranco, que al encontrar restos de estos químicos en la regla descubrió también que la bajada de la sangre no es simplemente consecuencia de la destrucción del tejido endometrial para preparar al cuerpo femenino ante la llegada de un nuevo óvulo fecundable. Es también un sistema de excreción de contaminantes ambientales, que, sin la regla, quedarían ahí dentro y podrían pasar al feto a través del cordón umbilical.

Como muchas cosas que suceden con la menstruación, el problema de la exposición a compuestos químicos está documentado, pero no se ha llegado realmente a establecer la causa-efecto. En otras palabras, la menarquia se está adelantando desde hace al menos un siglo, pero no sabemos por qué causas exactamente.

«Lo que realmente sabemos es que no hay nada claro», dice Sanz, «que es un tema multifactorial, que el ambiente o los disruptores endocrinos también afectan, e incluso se habla de causas socioeconómicas. Son tantas cosas que realmente no puedes decir: es por esto», sentencia la enfermera.

Veinte siglos más tarde

Como ocurre con todo lo relativo a la menstruación, la menarquia tampoco ha sido suficientemente estudiada.

En los datos recogidos por Comas Camps en 1918 se aprecia cómo la primera menstruación llegaba antes a las mujeres en el sur que en el norte de España. Esto puede ser algo más que una coincidencia, según Barranco. Dinamarca, Suecia o Países Bajos están, precisamente, entre los países donde la primera regla llega más tarde que en España, en torno a los 13 años[88].

Aunque, como hemos visto, no hay evidencia de que los ciclos lunares influyan en la menstruación, sin embargo sí se le atribuye un efecto a la cantidad de horas solares que una mujer recibe.

«La influencia que tiene el sol sobre el ciclo menstrual es algo que no se ha contemplado suficientemente», dice la catedrática. «Por ejemplo, conozco mujeres en Granada que, al viajar al norte de Europa, donde hay muchas menos horas de sol, sufren una amenorrea por el cambio. A veces no recuperan la menstruación que tenían hasta que regresan a casa».

Puede parecer una locura, pero no es tan disparatado. Del mismo modo que la cantidad de grasa del cuerpo puede enviar un mensaje para dar el pistoletazo de salida a la menarquia —hay suficiente energía— cuando falta algún nutriente clave, todo el proceso menstrual puede

sufrir alteraciones, por ejemplo la amenorrea hipotalámica funcional. La literatura identifica dos componentes concretos: el calcio y la vitamina D3, que no se adquieren a través de la dieta, sino por la exposición al sol o por suplementos.

Esta sería una pieza importante. Incluso aunque no resolviera el caso de las menarquias precoces —las horas de sol no han cambiado en el último siglo, pero ¿quizá podría tener alguna otra base ambiental como la cantidad de insolación o forzamiento radiativo, que sí se ha visto alterado por la misma composición atmosférica que provoca el cambio climático?—, ahondar en los estudios sobre la luz solar podría beneficiar mucho el tratamiento de las irregularidades menstruales, pero desgraciadamente solo tenemos indicios y sospechas[89].

Además de la obesidad y los disruptores endocrinos (parabenos, bisfenoles, ftalatos) hay muchos factores cuya importancia aún desconocemos: dónde vivas, de qué raza seas, tu dieta o tu nivel socioeconómico pueden ser tan determinantes como la edad a la que tu madre tuvo su primera regla. Aún sin tener todas las respuestas, las señales parecen inequívocas: algo está provocando que, desde hace décadas, el comienzo de la menstruación se esté adelantando.

Sin embargo, nunca podremos estar del todo seguros, porque al mirar en la literatura cómo era la menstruación para las mujeres de comienzos del siglo xx, el siglo xix, la Ilustración, el Renacimiento o la Edad Media lo que encontramos es otro gigantesco signo de interrogación.

Encontrar algo de luz en todos estos siglos es la tarea que se propuso Enriqueta Barranco, que además de ginecóloga siempre tuvo una pasión como historiadora. Al estudiar la regla en la antigüedad, se percató de cómo hay cosas que ahora nos preocupan como si fueran algo nuevo y se llevan repitiendo desde, al menos, la Antigua Grecia.

«Puede ser un poco chocante lo que voy a decir, pero es posible que no esté pasando nada en este aspecto», dice Barranco. «Están pasando muchas cosas con la menstruación, pero con la menarquia, la duración del ciclo menstrual y los días de sangrado puede que no haya ninguna diferencia con lo que había hace veinte siglos, ha permanecido invariable desde que lo describió minuciosamente Sorano de Éfeso en el siglo ii después de Cristo».

Barranco se sumergió no solo en libros de la Antigua Grecia, sino en todo lo que también dejaron escrito los médicos musulmanes de al-Ándalus, una época donde la medicina, la cirugía o la farmacología dieron un enorme salto adelante. Gran parte de la medicina occidental hasta el siglo xviii estuvo basada en el célebre *Canon*, recopilado en el siglo xi por el médico persa Ibn Sina (Avicena en su forma latina).

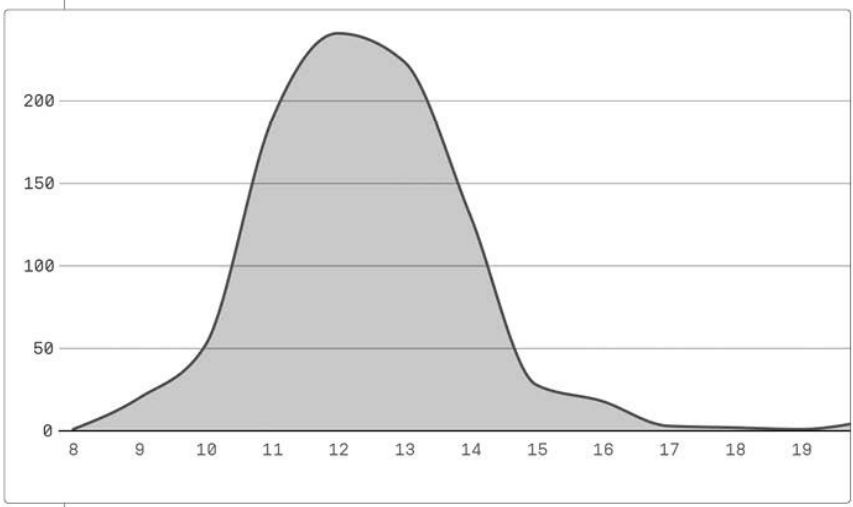
Ahora, Barranco ha encontrado que estos viejos textos contradicen muchas de las creencias que ella misma tenía sobre la menstruación, y lamenta haber tenido que esperar hasta después de su jubilación para descubrirlos.

«Llevaba mucho tiempo percibiendo que el ciclo menstrual actualmente era corto, lo cual representa una sobrecarga para la salud de las mujeres porque sangran más, pero he descubierto que en el siglo ii el ciclo duraba lo mismo que ahora, entre 19 y 35 días, que a algunas mujeres les venía antes y a otras después y que muchas referían un sangrado muy abundante, es decir, lo mismo que ahora», describe. «Tengo la percepción de que, a lo largo de la historia, la duración del ciclo y del sangrado apenas ha variado, y con excepciones, porque hay gente a la que le viene con 8 años, la edad de la menarquia tampoco ha variado mucho: cuando una niña tiene una menstruación con 11 años, la madre considera que es muy pronto, pero esa percepción no es real».

Desde luego, es una afirmación que puede parecer osada después de todo lo que hemos leído, pero en la historia de la menstruación hay tantas lagunas que resulta difícil discernir si

una afirmación sobre el pasado es osada o, por el contrario, puede iluminar un nuevo camino para la investigación.

¿A qué edad te llegó tu primera regla?



X = edad
Y = número de respuestas

«Ya eres mujer»

En nuestra cultura, la llegada de la menarquia se ha expresado con todo tipo de eufemismos: caerse por las escaleras, de la azotea, de un burro… Aunque sin duda las palabras que más han escuchado las chicas cuando las primeras manchas de sangre aparecen en la ropa interior son tres: «Ya eres mujer».

«Me levanté con una mancha leve marrón que fue aumentando a sangrado, pero sin dolor ni otros síntomas. Cuando se lo dije a mi madre me dio una compresa y me dijo "felicidades, ya eres mujer, ¿qué te apetece hacer en este día?", como si fuera mi cumpleaños. Y se lo empezó a decir a familiares más cercanos y otras amigas, llena de orgullo, pero procurando ocultarlo a cualquier varón del entorno. Me habría gustado que se tratara con más naturalidad; en aquel momento me sentía cohibida y sin saber muy bien cómo debía comportarme o sentirme, pero no me dieron mucha más información sobre lo que iba a pasar en mi cuerpo», cuenta Rocío, de 36 años, residente en Madrid.

Como Rocío, muchas reciben su primer sangrado con más dudas que certezas. Así, un 14 % de las encuestadas nos contaron que no sabían lo que les estaba pasando, y un 50 % considera que, aunque lo sabía, no tenía la suficiente información.

En muchos lugares de Sudamérica aún se celebra este paso a la madurez bajo la conocida como fiesta de los 15 años o, más comúnmente, quinceañera, siguiendo la tradición maya y azteca de celebrar este hecho biológico.Esa era, más o menos, la edad que una mujer tenía cuando la menarquia asomaba y, aún hoy es festejada con una ceremonia parecida a una boda donde las adolescentes van vestidas de gala y reciben regalos[90].

Esta costumbre está llegando en los últimos años a Estados Unidos o Europa, donde han adquirido cierta popularidad las «fiestas de la menarquia»: ceremonias que pueden ser caseras o con previa contratación de, por ejemplo, rituales en medio de la naturaleza, que celebran el primer contacto con su periodo.

En algunas culturas donde se practica el aislamiento menstrual, la llegada de la menarquia puede suponer todo lo contrario a una celebración, obligándolas a permanecer meses o incluso años separadas de su comunidad[91]. También tienen estrictas normas como no poder mirar al techo, no acostarse, llevar los ojos vendados, ser sometida a vómitos o a comer solo alimentos masticados por otro miembro de la comunidad.

En países de Europa del Este es costumbre que las madres o abuelas den una bofetada a sus hijas cuando tienen su primer sangrado. La tradición ha sobrevivido a la explicación y no se sabe bien si es porque creían que así tendrían una mejor circulación sanguínea, para devolver el color a sus mejillas o para que aprendan el dolor de convertirse en adultas, pero es un claro ejemplo de cómo la superstición rodea a la menstruación desde el primer día.

En la actualidad cualquier adolescente quinceañera sabe desde hace varios años y en primera persona lo que significa menstruar. Cada vez más chicas de 8 a 10 años están pasando ahora por lo que pasaron sus abuelas quinceañeras. Entre las 915 mujeres que respondieron a nuestro cuestionario, a casi el 80 % le vino la primera regla antes de los 14 años[92].

Una de las reflexiones más compartidas entre las mujeres consultadas en nuestra encuesta es con qué fidelidad recuerdan aquella primera regla, por muchos años que hayan pasado.

Marta, 33 años, residente en Madrid, recuerda que la menarquia «me pilló en vacaciones de verano, justo el día que dejábamos el camping en la montaña para irnos a la playa, así que

no me hizo ninguna ilusión. No tuve molestias y sangré muy poco, pero recuerdo que el comentario de mi madre fue algo como "ya empieza…" y con un tono de todo menos alegre, como que era algo esperado pero no deseado, así que me sentí rara porque no entendía por qué se lo tomaba así», nos cuenta. Tenía 11 años.

A Paula, también madrileña y de 29 años, la regla le llegó con 15. «Era la última chica de clase a la que le bajaba y, al no tener una posición social demasiado buena, muchísimas chavalas montaron una especie de fiesta cantando que ya era una mujer y haciendo un espectáculo bastante deleznable de lo que a mí me habría gustado que pasara desapercibido».

Muchas sintieron que sus padres, hermanas o amigas le dieron una importancia que les incomodaba, hubiesen preferido un perfil más bajo delante de todo el mundo con respecto al hecho de «ser ya una mujercita».

«Me daba vergüenza, sentía que había hecho algo mal, lo oculté un par de meses hasta que mi madre me pilló porque faltaban compresas», contaba Lorena, de 31 años, residente en la capital, a quien la menarquia le llegó a los 10 años. «Luego odié que se lo contase a todas las mujeres de la familia».

Otras de las personas que padecieron las menarquias más precoces recogidas en nuestra encuesta comparten sensaciones muy parecidas. Fastidio. Vergüenza. Miedo. Frustración. Nervios. Sí, son las mismas que declaran aquellas a las que les vino con 15, solo que con mucho menos equipaje vital y emocional para lidiar con ello. Cerca de un 60 % de las respuestas mencionaron sentimientos negativos en torno a su primera menstruación, y solo un 10 % tuvieron experiencias positivas (un 20 % no lo recordaba y un 6 % no le dio importancia).

Afrontar que de repente se pasa de niña a mujer, además de ser erróneo, generó una gran incomprensión y hasta tristeza en muchas de las encuestadas. Incluso puede llegar a ser un evento traumático. «Recuerdo a una mujer que durante la investigación nos contó que su padre le había tirado todos los juguetes cuando le llegó la menarquia. De un día para otro, su hermano seguía teniendo sus coches, pero ella no porque según su padre ya era una mujer», cuenta la doctora en antropología Botello.

> *No pienso decirle a mi hija eso de «ya eres mujer». Me hizo sentir horrible aquel comentario. ¿Y antes qué era? ¿Un animal de compañía?*
>
> *Anónima, 41 años, Madrid.*

«Mi madre me dio una compresa y me dijo "ponte esto", pero no me dijo ni dónde ni cómo», recuerda Ana Ruth, de 43 años, residente en Madrid. «Mi padre después me hablaba como si yo estuviera enferma, me preguntó: "¿Tienes calambres?", y yo no entendí la pregunta».

Claudia, de 24 años, residente en Alicante a quien la menarquia le vino con 8 años, se recuerda «muy asustada» entonces. A Glòria, barcelonesa de 43, le pasó a los 9 años: «Cuando vi la sangre en las braguitas me angustié mucho, estaba muy desesperada».

«Las mujeres han tenido que madurar más rápido, a menudo porque se les imponían unas responsabilidades que hasta entonces no tenían. La menarquia como el paso de la niña a mujer refleja que la niña ha llegado a la maduración física necesaria para procrear si así lo deseara, por eso, en muchas culturas durante muchos siglos, y todavía hoy en países de América, Asia y África, se toma la menarquia como edad legal para el matrimonio,

independientemente de que la niña reúna las condiciones psíquicas e intelectuales para ello». Esta idea compartida de «transformación en mujer», con la menarquia, ha ido más allá del ideario colectivo y ha influido también a nivel legislativo, explica Botello. En España, con la reforma del Código Penal de 2015, se elevó la edad mínima de consentimiento sexual de los 13 a los 16 años. Esa edad de 13 años no era casual, parece estar relacionada con la menarquia y con la idea de que si no lo era ya, pronto sería «mujer». Directamente relacionado con la edad de consentimiento sexual, en España una niña con 14 años se podía casar si un juez dictaba dispensa (casi siempre por embarazo) y estuviese emancipada. Tras la Ley 15/2015 de Jurisdicción Voluntaria se elevó la edad mínima para contraer matrimonio a 16 años y desapareció también la dispensa de edad. «Afortunadamente se subió porque es algo que está cambiando en muchos sitios y ya no pensamos que una niña con 12 años sea mujer», dice Botello.

> *Una vecina siempre preguntaba si «ya era mujer» y cuando supo que sí me dijo: «Pues ahora ya no puedes jugar con niños».*
>
> *Marta, 40 años, Barcelona.*

Por otro lado, aunque biológicamente sea posible quedarse embarazada desde la primera menstruación, según la OMS las madres adolescentes (de 10 a 19 años) tienen más peligro de sufrir eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres de 20 a 24 años. Además, los bebés de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave.

En una época donde la salud mental ocupa un espacio cada vez más relevante, cabe preguntarse acerca de las consecuanecias derivadas de que cada vez más chicas estén afrontando su menarquia hasta cinco años antes que sus madres o abuelas.

Las primeras aproximaciones al problema se hicieron en Estados Unidos hace más de quince años, y ya hablaban de que las chicas que maduraban muy pronto tenían más posibilidades de padecer una baja autoestima o insatisfacción con su cuerpo durante la adolescencia. También han surgido otros riesgos y problemas psicosociales: depresión, uso de sustancias o incursiones sexuales prematuras. En resumen, la mente de una niña batallando dentro del cuerpo de una mujer.

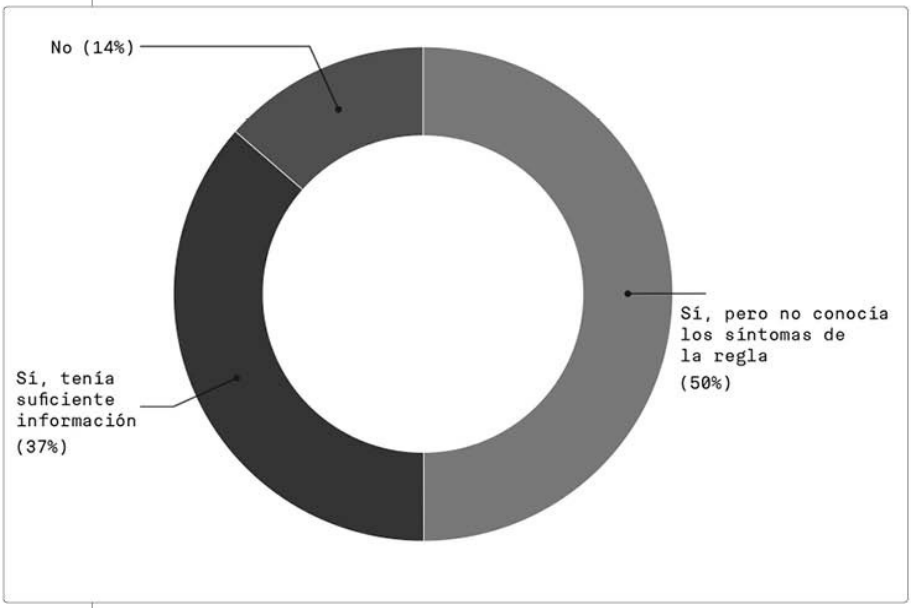
Todo esto, además, sucedía antes de la llegada de aplicaciones de distorsión masiva como Snapchat, Instagram o TikTok.

La primera regla como un cambio radical en la vida de las niñas es un mantra que también los cuentos infantiles se han encargado de afianzar, preparando a las menores ante los «peligros» que acechan tras la pubertad. La manzana roja que muerde Blancanieves, la gota de sangre del pinchazo de la Bella Durmiente o la capucha de Caperucita son metáforas sobre la menarquia que ahondan en el despertar sexual, ya sea por parte de los príncipes que las rescatan o de los lobos que las persiguen. Pero no hay relato de la menarquia más traumático que el de *Carrie*, de Stephen King, luego llevado a la gran pantalla por Brian de Palma, que es quizá uno de los pocos ejemplos del cine en el que la sangre menstrual es representada en el séptimo arte, aunque con terroríficas intenciones. Más reciente y positiva es *Red*, de Pixar, que ilustra el paso a la adolescencia de su protagonista convirtiéndose de un día para otro en un gran panda rojo que se enfrenta a su madre y experimenta los cambios hormonales propios de la pubertad. La película, estrenada en 2022, ha sido la primera del estudio dirigida, escrita y

producida por mujeres y su tratamiento de la menarquia es radicalmente diferente al de aquellas películas del siglo pasado.

Otro hallazgo muy significativo de las entrevistas a estas 915 personas acerca de cómo se sintieron al vivir la menstruación por primera vez es ese choque entre lo que nos cuentan de la regla y cómo se siente realmente.

¿Sabías lo que te estaba pasando cuando te bajó por primera vez?



Todo ese relato social y cultural, de empoderamiento, incluso, que ofrecen los anuncios de tampones se disipa en un segundo de extrañeza ante la primera mancha… ¿marrón?

«Lo recuerdo perfectamente», nos contaba Álida, de 27 años, gallega residente en Barcelona. «Estaba en 6.º de Primaria, fui al baño antes de entrar en clase y vi que tenía las bragas manchadas de marrón». Al limpiarse, vio la sangre. «Entré en histeria, no entendía por qué sangraba si no tenía ninguna herida ni me dolía».

«Unos minutos después me vino un flash, algún adulto hablando sobre algo llamado regla o periodo. Al entrar en clase hablé con mi profesora, que me sacó un momento del aula y me explicó lo que pasaba. Me dio una compresa que no sabía muy bien cómo poner y volví a clase, con la suerte de que tocaba *Coñecemento do Medio: El aparato reproductor femenino*». Luego vino la peor parte: «Toda la clase ya se había enterado y me mandaron notitas con espermatozoides y óvulos. "Ya puedes quedarte embarazada", recuerdo que ponía alguna».

El shock por la mancha marrón se repite en más respuestas, chicas de todas las edades y puntos de España y otros países.

«Me sorprendió ver una mancha marrón, pensaba que sería un río rojo intenso», recuerda Sara, 44 años, de Zaragoza.

«Estaba en una reunión familiar, por fortuna no fue algo "escandaloso", apenas una mancha oscura», recuerda una mexicana de 28 años que prefiere aparecer de forma anónima. «Me espanté un poco, porque no sabía que al principio la sangre podía ser tan marrón».

Ana, de 32 años, residente en Barcelona, tenía 12 años cuando sucedió. Venía del instituto. «Era sangre bastante oscura, marrón», recuerda. Se lo dijo a su familia y estos se alegraron. «Era como algo que estaban esperando a que pasara».

En realidad, este color se debe a que, al ser el flujo más leve, tarda más en abandonar la vagina y para cuando lo hace, ya no es sangre fresca. En el fondo es química elemental, la hemoglobina encargada de transportar el hierro en la sangre se une al oxígeno circundante y lo transforma en óxido de hierro. En otras palabras, la sangre se oxida y por eso toma ese color marrón que a veces puede llegar a ser rojo oscuro o casi negro.

Para cualquier mujer llega a ser una situación normal, pronto habrá visto en sus braguitas o compresas sangre de todos los colores y densidades. A menudo, este color marrón también es un indicador de la cantidad de progesterona (baja) o estrógenos. Pero, para una niña, la sensación de esa primera vez es muy diferente.

«Lo que vi fue mi braga manchada de marrón, parecía caca, así que acudí a mi madre con mucha vergüenza a decirle algo como "mamá, tengo caca en las bragas, pero creo que no me he tirado ningún pedo…", nos contaba Ángela, de 30 años. «Mi madre me pidió la ropa interior, la olió y me dijo que era la regla. Se lo contó a mis tías, prima y hermana mayores y todas dijeron "ya eres mujer, no pasa nada". Recuerdo asustarme».

Si la regla llega antes…, ¿la menopausia también?

A lo largo de una vida, cada mujer produce unos quinientos óvulos maduros. Cuando se termina la reserva ovárica, comienza la menopausia. Por tanto, si ese primer óvulo está siendo liberado cada vez en edades más tempranas, cabría esperar que la menopausia también llegara antes a las mujeres en 2023 que en 1923.

Sí, las matemáticas son implacables, pero la biología tiene sus trucos, y en el mundo de la

menstruación los caminos nunca van en línea recta.

La menopausia temprana, definida como aquella que sucede antes de los 44 años de edad, no es solo una cuestión estadística. Su incidencia puede aumentar el riesgo de problemas de salud más graves, como el síndrome de ovario poliquístico, enfermedades cardíacas, diabetes y endometriosis.

En nuestra época todo esto tiene además un problema social importante: cada vez más mujeres están teniendo su primer hijo a partir de los 40 años. En España, siempre que el Instituto Nacional de Estadística ofrece datos sobre nacimientos, el récord de madres que superan esta edad se bate, en parte gracias a la gran oferta de terapias de medicina reproductiva.

Si en el primer trimestre de 2021 nacieron 682 niños de madres de 45 años, un año más tarde fueron 974. Casi el doble que en 2016, cuando nacieron 577 niños. De todas las madres que los tuvieron aquel año, 27 tenían más de 50 años. Seis años después, en 2022, la cifra había subido a 64 mujeres.

La menstruación se adelanta y la maternidad se retrasa. Son dos tendencias antagónicas que se reproducen en todos los países de Occidente.

Si algo se puede resumir de los estudios que se han hecho hasta ahora es que la menarquia precoz es un indicador importante para tener una menopausia precoz, pero en todos los estudios el principal factor de riesgo parecía ser no haber tenido nunca hijos.

Concretamente, un metaanálisis de nueve estudios[93] que abarcaba a 51.450 mujeres posmenopáusicas de Reino Unido, Escandinavia, Australia y Japón arrojaba que las mujeres nulíparas que tuvieron una menarquia precoz —identificada aquí como antes de los 12 años— tenían dos veces más posibilidades (frente a otras mujeres que tuvieron la menarquia con más de 12 o tuvieron dos hijos o más) de que la menopausia se presentara antes de los 40 años y cinco veces más de que apareciera antes de los 45. Lo que se conoce como menopausia prematura y temprana, respectivamente.

La medicina aún está tratando de atar cabos con respecto a todo esto. Si los estudios sobre el periodo son escasos y, en ocasiones, superficiales, los relacionados con la menopausia se llevan la palma. Realmente, hace muy pocos años que ha devenido un objeto de estudio para los científicos.

Una revisión publicada en septiembre de 2023 por la revista *Cell* cifraba en un 85 % las mujeres con síntomas menopáusicos que no estarían recibiendo una terapia adecuada para sobrellevarlos. Al igual que pasa con el periodo, durante años las pacientes han recibido el mensaje de que todo cuanto rodeaba al fin de la regla es algo natural, y así había que aceptar también los posibles síntomas.

Sin embargo, uno de los asuntos más candentes es que, al llegar la menopausia, aumentan muchos factores de riesgo para que la mujer padezca enfermedades cardíacas o algunos tipos de cáncer. Pero ¿por qué ocurre esto? ¿Es simplemente consecuencia de la edad o confiere la menstruación algún tipo de protección contra estas enfermedades? No está claro en absoluto.

Frank Biro, pediatra en el Cincinnati Children's Hospital y una de las principales autoridades en el estudio sobre el adelanto de la pubertad, estableció una relación entre la llegada de la regla y su partida en los siguientes términos: por cada año que se retrasa la menarquia, se reduce entre el 4 % y el 8 % el riesgo de padecer cáncer de mama tras la menopausia. Por tanto, cabría presumir que en estos momentos está sucediendo exactamente lo contrario, menarquias más tempranas en todo el mundo que, en algún momento, se

traducirán en más tumores una vez franqueada la frontera de la menopausia.

Pero no solo. Quienes la sufren dan por descontados los síntomas vasomotores, es decir, sofocos y escalofríos, pero también sobrevuelan a la mujer menopáusica los buitres de la enfermedad cardiovascular, de la atrofia urogenital, de la osteoporosis y, por supuesto, toda la paleta de afecciones mentales, desde los cambios de humor a la ansiedad o la depresión.

Aproximadamente el 10 % de las personas que respondieron a nuestro cuestionario han pasado ya esa frontera, en concreto 96 mujeres y un hombre trans, que provocó su menopausia de una forma farmacológica a los 21 años. Entre sus reacciones, hay dos que predominan: en lo emocional, alivio y felicidad por dejar atrás la regla; en lo físico, un gran cansancio.

> *La herencia genética es muy inferior a lo que yo pensaba. Me daba miedo que mi menopausia llegara tan pronto como la de mi madre, pero ahora estoy bastante convencida de que no va a ser así.*
>
> *Paula, 29 años, Madrid.*

Desde el momento en que una mujer nace lleva dentro todos los óvulos que necesitará a lo largo de su vida, entre uno y tres millones. Sin embargo para cuando llega la menarquia, quedan unos 400.000 y en el momento de la menopausia, menos de 10.000. Evidentemente, no todos se gastan en la ovulación. La gran mayoría, en la forma inmadura de folículos ováricos, se degeneran y son reabsorbidos por el organismo mediante un proceso llamado atresia. En total, solo medio millar madurarán hasta convertirse en óvulos potencialmente viables.

Para que pasen de folículos a óvulos listos para ser fecundados es necesaria la acción de la hormona foliculoestimulante, o FSH por sus siglas en inglés, que actúa durante la primera fase del ciclo menstrual. Con la edad, los folículos se vuelven cada vez más resistentes a la FSH. Paralelamente, los ovarios reducen la producción de estrógeno, lo que inhibe también el crecimiento de óvulos y tiene otros efectos asociados sobre la lubricación de la vagina o las secreciones del útero. Son señales inequívocas de algo que se termina.

Globalmente, 49 años es la edad media a la que la menstruación llega a su fin. Hablamos de menopausia cuando ha transcurrido un año completo sin sangrado. La fase anterior, donde los niveles hormonales bajan y puede haber desajustes en el ciclo y algunos síntomas, se conoce como «perimenopausia».

En nuestra encuesta, la gran mayoría llegaron a esta nueva etapa entre los 48 y los 54 años. Es natural dado el perfil de las mujeres, mayoritariamente caucásicas. Europa y Oceanía son los lugares donde la menopausia es más tardía. Por contra, en Oriente Medio, Latinoamérica o África la fase reproductiva suele concluir antes.

Aunque el sentimiento predominante sea positivo, muchas de ellas no pueden evitar una cierta nostalgia. Nati, de 59 años, residente en Huesca, recuerda que cuando la primera regla le vino con 13 años ella deseaba que aquel momento llegara porque sus amigas ya la tenían. Durante muchos años tuvo, dice, «una buena relación con mi regla». «No siempre tenía dolores y no eran incapacitantes, me duraba tres o cuatro días y no era abundante», añade. «Solo me enfadaba con ella cuando venía en un fin de semana *con posibilidades*. Cuando me tenía que venir y durante la regla, los pechos crecían un poco, me encantaba».

Nati fue una de las que perdió toda aquella sensación antes de tiempo, tuvo menopausia precoz. «Me sentí triste, pensé "¿ya está?". Llegué a pensar que era menos mujer por ser

menopáusica».

Si la menarquia ha sido históricamente considerada como la frontera que te convierte en mujer, el fin de la menstruación es vivido por muchas como una pérdida en su identidad o feminidad. Como si ser mujer se redujese únicamente a la capacidad de gestar.

«Me sentía confusa, no fue fácil, creía que llegaría más tarde», añade Nati.

No sabemos cómo de normal es llevarse bien con la regla. Nati estuvo toda la vida sin tener que recurrir a la píldora para suprimir su menstruación y sus síntomas, pero una vez se acabaron los periodos, su ginecólogo la condujo hasta ella. Le recetó terapia hormonal sustitutiva para reemplazar artificialmente los estrógenos que, de repente, su cuerpo ya no producía.

Del mismo modo que sucedió con la píldora anticonceptiva, la administración de hormonas para paliar los síntomas de la transición a la menopausia también ha sido un experimento en tiempo real sobre millones de mujeres.

El primer producto a base de estrógenos se llamaba Emmenin y fue ideado en 1941. Se extraía de la placenta humana, por tanto, era complicado de producir. Sin embargo el fabricante, Ayerst, desarrolló una alternativa más barata dos años después. Utilizaron la orina de yeguas embarazadas para crear Premarin (del inglés *pregnant mare urine* surgió el acrónimo que da nombre al producto). Fue un bombazo y para los años sesenta más de 28 millones de mujeres estadounidenses lo tenían recetado. En aquella década, el estrógeno estaba de moda pese a no haber sido estudiado en profundidad. Un *bestseller,* firmado por un doctor llamado Robert Wilson y titulado *Feminine Forever*, aseguraba que la menopausia estaba causada por la caída del estrógeno y que una buena terapia de reemplazo podía evitarla.

En realidad, lo único que hicieron fue hacer análisis antes y después para llegar a esa precipitada conclusión, un razonamiento causa-efecto nada científico que afectaría a la salud de millones de mujeres.

En los setenta y ochenta, algunos médicos empezaron a describir lo que encontraban en sus consultas y muchos se temían: que consumir una hormona que, en general, favorece el crecimiento podía estimular la aparición de un tumor, concretamente de mama y endometrio[94]. La solución fue añadir progestinas, una versión sintética de la progesterona, al cóctel hormonal para mantener a raya esos efectos secundarios indeseados.

Otro factor era el riesgo cardiovascular. Como este parecía incrementarse tras la menopausia, los médicos de la época lo vieron claro: se debía a la caída del estrógeno porque este debía conferir algún tipo de protección al corazón de la mujer. «Debido a sus efectos beneficiosos sobre el corazón, el uso de la terapia hormonal sustitutoria pasó de ser un tratamiento para los síntomas vasomotores peri y posmenopáusicos a una terapia general para la prevención de toda patología relacionada con la menopausia», afirmaba un estudio realizado en 2009 en la Facultad de Medicina del Hospital Monte Sinaí de Nueva York. Con las menopáusicas pasó exactamente lo mismo que con las menstruantes: a la mínima queja, píldora de hormonas.

Los primeros estudios completos, realizados ya en el siglo xxi[95] —tras medio siglo y millones de mujeres tomando esas hormonas— no solo confirmaron que la terapia hormonal no tenía beneficios sobre las enfermedades cardiovasculares en la posmenopausia, sino que en algunos casos podía empeorar el pronóstico[96]. ¡Pero no en todos! De hecho, la experiencia real con las hormonas parecía ser más positiva de lo que los ensayos clínicos pronosticaban. Paralelamente, fueron apareciendo otros problemas que estas terapias podrían tener al

favorecer varios tipos de cáncer. Otros trabajos más recientes muestran también una serie de beneficios antes desconocidos: por ejemplo, reducen las fracturas de hueso o los problemas de cadera relacionados con la osteoporosis y que tanto daño hacen a la independencia en personas de edad avanzada.

Ante la aparición de un síntoma, las hormonas se acababan recetando por el mantra médico de que los beneficios superan a los riesgos, pero acabaron incurriendo en el mismo problema que la píldora para las molestias de la regla. Al eliminar los incómodos peajes de la menopausia, la terapia eliminaba también toda posibilidad de estudiar por qué, en primer lugar, aparecieron esas molestias.

En la actualidad, la ciencia es bastante más precisa a la hora de decidir qué hormonas recetar, cuándo hacerlo o en qué casos no se recomienda. Curiosamente, los estudios más recientes llevados a cabo por Jerilynn Prior y sus compañeras en el Centro para la Investigación del Ciclo Menstrual y la Ovulación canadiense apuntan a que lo más efectivo contra los sofocos y desvelos producidos por la menopausia es un compuesto sin estrógenos, solo a base de progesterona[97].

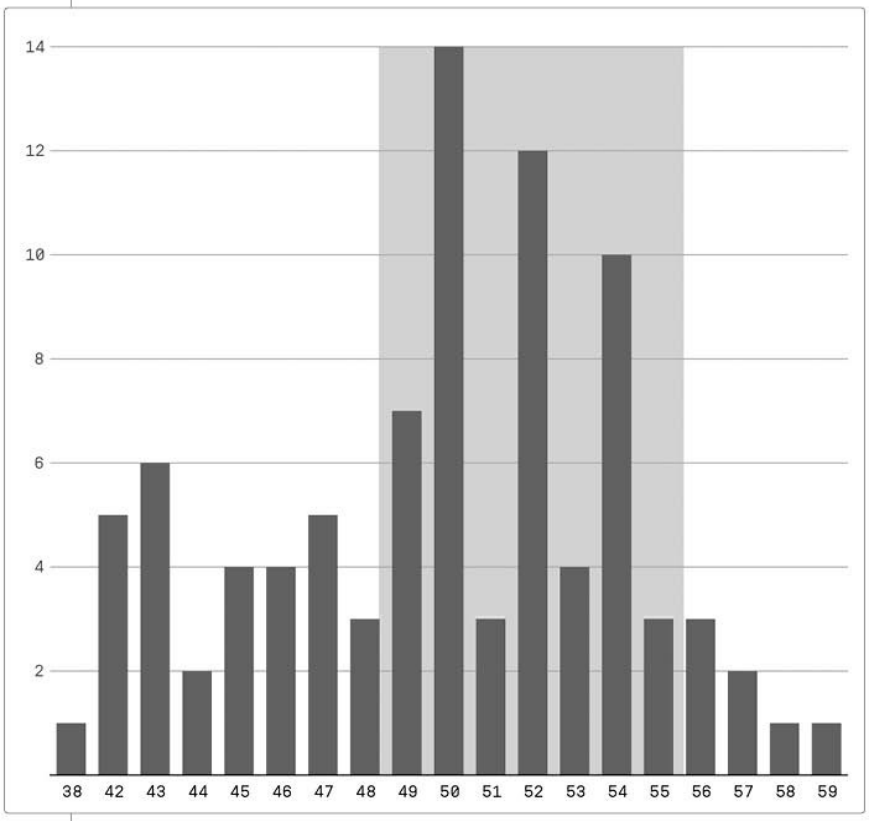
Sin embargo, aún no se ha llegado al fondo del asunto: por qué aumenta el riesgo de tener un ictus o un infarto cuando la menstruación llega a su fin. Los trabajos más recientes van más allá de los estrógenos y se centran en hormonas proteicas como la PTHrP (siglas en inglés de proteína relacionada con la hormona paratiroidea) o en el metabolismo del óxido nítrico.

De nuevo, se aplica la teoría de los síntomas como un semáforo que informa de algo más profundo. El síntoma por antonomasia de la menopausia son los sofocos. Hasta el 80 % de las mujeres experimentan esta súbita sensación de calor. Pero cuando los sofocos se hacen especialmente persistentes y frecuentes, el organismo está enviando la señal inequívoca de que algo no va bien. Uno de los más importantes estudios longitudinales sobre la menopausia, el *Study of Women's Health Across the Nation* o *SWAN* lleva desde 1994 siguiendo a más de 3000 mujeres de mediana edad o mayores[98]. Una de sus principales conclusiones hasta la fecha ha sido la correlación entre la frecuencia de los sofocos y el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular.

Los sofocos: precisamente lo primero que las hormonas administradas a mujeres de esta edad ayudan a ocultar.

¿A qué edad te llegó la menopausia?

Un 10 % de las personas que respondieron a la encuesta (97) ya presentan la menopausia.



X = edad
Y = número de respuestas

[81] «Age at menarche over the last decades and inter-regional variability in Northern Spain», (póster para el Congreso de la Sociedad Europea de Endocrinología Pediátrica, Viena, 2019).

[82] VV. AA., «Decline in age at menarche among Spanish women born from 1925 to 1962», *BMC Public Health*, diciembre de 2009.

[83] Corripio Collado, R., «Talla adulta en pacientes con pubertad precoz central», *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, abril de 2019.

[84] VV. AA., «Tendencia secular de la edad de la menarquia en adolescentes españolas», *Medicina Clínica*, 2008.

[85] VV. AA., «Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: edad del inicio puberal, edad de la menarquia y talla», *Anales de Pediatría*, agosto de 2008.

[86] La sucesión de acontecimientos es la siguiente: una vez empieza la pubertad se produce un crecimiento del pecho, las caderas o el vello púbico que comienza a acelerarse hasta que se llega a un punto llamado velocidad máxima de crecimiento (*peak height velocity*, por su denominación en inglés), a partir de ahí comienza a frenar. En chicas, la primera menstruación suele acontecer unos seis meses después de ese pico y unos dos años después del comienzo de la pubertad.

[87] VV. AA., «Onset of breast development in a longitudinal cohort», *Pediatrics*, 2013.

[88] Cherry, A. L.; Dillon, M. E., «Biological determinants and influences affecting adolescent pregnancy», *International Handbook of Adolescent Pregnancy*, 2014.

[89] VV. AA., «Has Menstruation Disappeared? Functional Hypothalamic Amenorrhea-What Is This Story about?», *Nutrients* 13, 8 (es un estudio indiciario realizado en Polonia en 2021 que investigaba el fenómeno en atletas).

[90] Los incas tenían una deidad llamada Mama Quilla (Mamá Luna) cuyo principal poder era regular el ciclo menstrual. A decir verdad, los rituales que festejan el paso de la pubertad a la adultez, en el que la primera menstruación es un estandarte claro, se han registrado en distintas zonas del mundo antiguo. Por ejemplo, los baulé en Costa de Marfil tienen un rito llamado *atôvlè*, análogo a la fiesta quinceañera latina, y que festeja precisamente la menarquia.

[91] Gómez-Sánchez P. I.; Pardo- Mora Y. Y.; Hernández-Aguirre H. P.; Jiménez-Robayo S. P.; Pardo-Lugo J. C.; «La menstruación en la historia», *Scientific Electronic Library Online*, septiembre de 2012.

[92] Aunque el rango de edad de las encuestadas se extiende desde los 18 hasta los 72 años, la gran mayoría oscila entre los 22 y los 51 años.

[93] VV. AA., «Early menarche, nulliparity and the risk for premature and early natural menopause», *Human Reproduction*, 2017.

[94] Whitehead, M. I., «The effects of oestrogens and progestogens on the postmenopausal endometrium», *Maturitas*, septiembre de 1978.

[95] Cagnacci, A.; Venier, M., «The Controversial History of Hormone Replacement Therapy», *Medicina (Kaunas)*, septiembre de 2019.

[96] Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, «Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women», *JAMA*, julio de 2002.

[97] VV. AA., «Oral micronized progesterone for perimenopausal night sweats and hot flushes a Phase III Canada-wide randomized placebo-controlled 4 month trial», *Scientific Reports*, 5 de junio de 2023.

[98] https://www.swanstudy.org/

Capítulo 5. El síndrome premenstrual: ¿un problema mental?

En 1981, una mujer de Norwich (Inglaterra) llamada Christine English asesinó a su amante. Tras una acalorada discusión, cogió el coche y lo estrelló contra un poste de la luz. Su víctima estaba en medio.

Ese mismo año, en un bar al este de Londres, otra mujer, Sandie Craddock, de profesión camarera y con múltiples antecedentes, tuvo un ataque de rabia y le asestó tres puñaladas en el corazón a una compañera de trabajo.

Ambas fueron acusadas de homicidio, pero ninguna de las dos llegó a pisar la cárcel. Les fue concedida la libertad condicional y a English le retiraron un año el carné de conducir. La clave en ambos juicios es que estas mujeres emplearon una misma carta como atenuante de la pena: adujeron estar sufriendo los síntomas del síndrome premenstrual.

En sendos juicios se personó como experta la doctora Katharina Dalton, cuyo testimonio sobre la capacidad del síndrome de nublar el juicio a las mujeres logró convencer al tribunal.

> *Me resulta más molesta la premenstruación que cuando menstruo, que siento que mi cuerpo libera además tensión.*
>
> *Lorena, 28 años, Barcelona.*

Pese a ser un término muy habitual para millones de mujeres en todo el mundo, la medicina nunca ha tenido claro cómo enfrentarse al síndrome premenstrual. Dalton fue una pionera en este tipo de estudios. Su interés en el tema comenzó por casualidad, cuando un embarazo a los 32 años le eliminó de repente las migrañas que había padecido durante toda su juventud. Al consultar su caso con un endocrinólogo, Raymond Green, convinieron en que la razón de sus dolores de cabeza podía estar en la deficiencia de progesterona, la hormona cuyos niveles caen justo antes de la menstruación, pero se disparan durante el embarazo.

En un artículo conjunto de 1953, publicado en el *British Medical Journal*, escriben por primera vez el término tal como lo conocemos hoy[99]. El artículo precisaba, al poner un nombre al fenómeno y enumerar algunos de sus síntomas, lo que muchos otros médicos habían esbozado: desde Hipócrates —que en su momento identificó una serie de síntomas que se producían antes de la menstruación, por ejemplo, ideas suicidas— hasta Robert T. Frank, un psiquiatra estadounidense que en 1931 estudió lo que le pasaba a quince mujeres y se aproximó más al fenómeno: «tensión premenstrual», lo llamó[100].

A lo largo del siglo xix, la medicina asumió, sin embargo, que si una mujer, fuera de la menstruación, sufría de síntomas como ansiedad, irritabilidad, insomnio, frustración sexual o hinchazón de estómago, esto solo podía deberse a una causa: la histeria. La cura para este mal era el llamado paroxismo histérico, forzar a la paciente a un orgasmo perpetrado por el médico con un vibrador en la propia consulta. De hecho, ese fue el origen de los consoladores mecánicos, inventados para aliviar a los doctores del movimiento mecánico de la estimulación

del clítoris. Hay que tener en cuenta que en la época victoriana no se consideraba esta masturbación femenina un acto sexual porque no implicaba penetración.

Ponerle un nombre al síndrome premenstrual fue un paso tan importante, porque con él empezaban a desterrarse las tinieblas y a descartar los mitos.

Desde que bautizara al fenómeno en aquel artículo y se convirtiera en la primera experta mundial, Katharina Dalton testificó en muchos juicios que ayudaron a mujeres culpables a reducir sus penas, especialmente cuando a principios de los ochenta aquella doctrina saltó al otro lado del Atlántico y comenzó a aplicarse en Estados Unidos.

Esto provocó que, al mismo tiempo, muchas feministas consideraran aquello un retraso a pesar del beneficio obtenido por las acusadas. Tras los logros de aquella segunda ola de feminismo de los años sesenta y setenta, que luchó por desprenderse del determinismo biológico asociado al hecho de ser mujer, de nuevo se daba un paso atrás, al situar a estas «hormonas de la ira» como un factor que les negaba el estatus de adultas responsables de sus actos a ojos de los empleadores, la ley o la sociedad. En resumen, las devolvía al rincón de ciudadanas de segunda clase.

En 1983, la abogada neoyorquina Elizabeth Holtzman, militante del Partido Demócrata, expuso en uno de estos casos: «Permitir a las mujeres que aleguen algún tipo de locura debido a las reacciones físicas de su ciclo menstrual no solo está injustificado médicamente, sino que es peligroso para los derechos legales de todas las mujeres»[101].

Aun así, poco a poco, el síndrome premenstrual fue ganando peso entre los psiquiatras, que comenzaron a verlo como una enfermedad en sí misma. Pero no ginecológica u hormonal, sino psiquiátrica. En 1987 se valoró por primera vez su inclusión en el célebre *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (conocido por sus siglas en inglés: DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, más conocido como *biblia de los psiquiatras*. No sería una tarea fácil. A las reticencias de muchas feministas se unía la dificultad de catalogar todos los síntomas y distinguir si eran atribuibles al malestar premenstrual o podían solaparse con otros problemas.

La gran dificultad era que había que crear un diagnóstico nuevo para una patología muy vieja. Inicialmente, los editores del manual pensaron en llamarlo «trastorno disfórico de la fase lútea tardía», es decir, una vez el cuerpo ha producido el óvulo y hasta que llega la menstruación, pero incluso en esto hubo discrepancias porque también se han registrado síntomas en la fase folicular, antes de la ovulación. Así que, tras varios años de discusión, en torno al año 2000, incluyeron en un apéndice del DSM-IV el criterio diagnóstico para una nueva patología a la que llamaron «trastorno disfórico premenstrual» o TDPM.

En resumen, lo que hicieron los psiquiatras fue enumerar una serie de síntomas que están relacionados con el síndrome premenstrual y establecer que, cuando una persona reunía varios de esos síntomas, el asunto era lo suficientemente serio como para ser diagnosticado con el TDPM, que podemos equiparar a una versión severa del síndrome.

Concretamente, para entrar en la definición de paciente de TDPM, una mujer debe reunir cinco de estos once síntomas en la semana anterior a la menstruación. Por supuesto, estos no deben mantenerse en el tiempo, sino mejorar o desaparecer cuando baja la regla.

Uno o más de estos cuatro primeros debe estar presente obligatoriamente.

1) Labilidad emocional (por ejemplo, cambios de humor, sentirse repentinamente triste o con

ganas de llorar, o con un aumento de la sensibilidad al rechazo).

2) Irritabilidad o ira o aumento de los conflictos interpersonales.

3) Estado de ánimo marcadamente deprimido, sentimientos de desesperanza o pensamientos de autodesprecio.

4) Ansiedad, tensión y/o sentimientos de nerviosismo.

Adicionalmente, uno o más de estos síntomas debe presentarse hasta llegar a sumar los cinco:

1) Disminución del interés en las actividades habituales.

2) Dificultad en la concentración.

3) Letargo, de fácil fatiga o marcada falta de energía.

4) Pronunciados cambios en el apetito, ingestión en exceso o con antojos de alimentos específicos.

5) Hipersomnia o insomnio, mucho sueño o incapacidad para dormir.

6) Sensación de estar abrumado o fuera de control.

7) Síntomas físicos: sensibilidad o hinchazón de los senos; dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso.

Probablemente, más de un 8 % de las mujeres que lean esto sentirán que ellas también padecen algo parecido a un trastorno disfórico premenstrual. Según Jerilynn Prior, profesora de endocrinología y metabolismo en la Universidad de British Columbia (Vancouver, Canadá) y directora de CeMCOR, lo que sus estudios han demostrado es lo contrario: «Una de las cosas más importantes que hemos aprendido es que el síndrome premenstrual no parece ser algo común».

Sin embargo, varios estudios y datos de aplicaciones de seguimiento menstrual suelen hablar de entre un 80 y un 90 % de mujeres con síntomas premenstruales. ¿Resulta contradictorio? Para Prior no. La clave que ayuda a interpretar estos porcentajes tan dispares es que la endocrinóloga canadiense distingue entre mujeres que padecen algún síntoma premenstrual (casi todas) y las que tienen un síndrome premenstrual propiamente dicho. Estas serían muchas menos, por debajo del 25 %, y finalmente encontraríamos a las que padecen el ya citado trastorno disfórico premenstrual (TDPM), que serían menos del 8 % de la población menstruante.

Las cifras que manejan los estudios epidemiológicos realizados en España por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria coinciden: entre el 73 % y el 84 % de las encuestadas sentía algún tipo de molestia premenstrual[102]. Estas molestias eran especialmente intensas, lo que podríamos denominar como síndrome premenstrual, entre el 8 % y el 9 % de las respuestas. Por último, aquellas que encajan en el diagnóstico de un trastorno disfórico premenstrual están entre el 1.1 % y el 6 %. Parece poca cosa, pero un cálculo rápido de servilleta —tomando solo a aquellas mujeres españolas de entre 15 y 49 años— nos arroja una cifra de entre 110.000 y 600.000 mujeres en España ahora mismo con síntomas lo suficientemente severos como para ser diagnosticadas con TDPM. Sin embargo, muy pocas de ellas habrán acudido realmente al médico para reportarlo: «La principal razón ofrecida por el 90.6 % de mujeres con síntomas para no buscar atención médica fue considerar que los síntomas eran normales», aseguraba un estudio al respecto publicado en 2011[103].

Todas estas disquisiciones pasaron a un plano distinto en 2013, con la publicación del DSM-V —la última versión del manual de psiquiatría, actualmente vigente— el TDPM pasó

a ser un problema oficialmente reconocido por la medicina, pero ¿en qué lugar dejaba esto al síndrome premenstrual? ¿Había que padecer la versión más severa para que pudiera ser diagnosticado? ¿Qué pasa con los millones de personas que sufren síntomas por debajo del umbral del trastorno?

Enfermedad o fenómeno natural

La idea de convertir al TDPM en un diagnóstico médico sigue generando rechazo en una parte del feminismo, que la considera una forma de medicalizar un fenómeno consustancial a la vida de muchas mujeres y de no ahondar (una vez más) en las causas de esos síntomas tan severos durante ese periodo del ciclo. Sin embargo, no se puede negar que ha sido clave a la hora de categorizar la enfermedad, agrupar sus diferentes síntomas y manifestaciones clínicas y contribuir a que el síndrome premenstrual en sus versiones más severas sea tomado en consideración.

Frente a otros problemas derivados de la menstruación (la endometriosis, por ejemplo), el síndrome premenstrual sí parece estar recibiendo más atención en forma de artículos por parte de la comunidad investigadora, y en forma de tratamientos por parte de la industria farmacéutica.

La clave está, precisamente, en que desde sus inicios el síndrome no aparece catalogado como algo puramente ginecológico, sino como un problema psiquiátrico que llega a afectar a prácticamente todas las demás disciplinas, desde la endocrinología a la cirugía —se ha propuesto la ooforectomía o extirpación del ovario como solución de último recurso— o al estudio de los traumas infantiles, considerados como factor de riesgo para la aparición posterior del TDPM.

> *Tomo anticonceptivos para librarme del síndrome premenstrual porque me arruinaba la vida, era insoportable convivir conmigo esos días.*
>
> *Anónima, 40 años, Madrid.*

No es sorprendente, por tanto, que una de las principales referencias mundiales en el estudio del síndrome premenstrual sea Jean Endicott, otra psiquiatra clínica, esta vez de la Universidad de Columbia (EE. UU.) y pionera a la hora de intentar definir esos criterios diagnósticos de manera sólida.

Este ha sido un objetivo muy escurridizo. A Ana, profesora de cine de 32 años, el síndrome premenstrual la ha acompañado desde que tiene memoria, pero no siempre se ha manifestado del mismo modo: «Con los años ha tomado diferentes formas».

Ella se refiere a sus síntomas como «una ansiedad o tristeza artificial», algo que potencia sus emociones y hace que las cosas le afecten mucho más en esta fase. «Un día no te ha pasado nada, no has tenido un estímulo estresante o una pelea, pero notas mucha ansiedad, es algo que tengo superidentificado», explica. «Me da como un petardazo de ansiedad, pero es artificial, tengo claro que en otro momento del mes no me afectaría tanto».

Un fiasco científico, una pregunta legítima

Para no pocas personas, la inclusión de los criterios para diagnosticar el TDPM supuso también legitimar un estigma. Este fue el razonamiento de Michael Gillings, un biólogo evolutivo australiano, que en 2014 publicó un artículo que sacudió los cimientos de la investigación en asuntos premenstruales[104].

En el texto, Gillings se preguntaba para qué servía realmente el síndrome premenstrual. ¿Cuál es su función biológica? O, dicho de otro modo, ¿por qué algo que consideramos negativo ha logrado perpetuarse en la especie humana durante tantas generaciones? La pregunta es legítima y está dirigida a uno de los rincones menos iluminados de la menstruación. Por desgracia, Gillings se empeñó en ofrecer también la respuesta a la pregunta. Su artículo venía a decir que el SPM, así como su variante más severa, eran una parte consustancial de nuestro desarrollo como especie.

Gillings quiso rescatar así al síndrome premenstrual del ámbito de las enfermedades mentales, justificando que se trataba de una herramienta que había acompañado a las mujeres a lo largo de la historia y servía para un propósito de mejora de la especie. Según contaba en un plural mayestático, ya que el australiano era el único autor de este texto, «sugerimos que el síndrome premenstrual tenía una ventaja selectiva», para nuestras antepasadas, «porque aumentaba la posibilidad de que los lazos de pareja infértiles se disolvieran, mejorando así los resultados reproductivos de las mujeres en tales asociaciones».

Es decir, la presencia de síndrome premenstrual indicaba que no había habido embarazo, y como las mujeres con este síndrome tienen a menudo días irascibles y de un carácter muy volátil, venía a decir Gillings, se librarán de aquellas parejas con un vínculo débil, y con las que no se está consiguiendo procrear, como una suerte de selección natural. La tesis parecía proceder más de una mala experiencia personal de Gillings que de un esfuerzo intelectual profundo.

Toda la comunidad científica dedicada a la menstruación rechazó de plano, e incluso ridiculizó, la hipótesis del biólogo australiano. Y de una forma más constructiva, rebatieron con argumentos cada una de sus líneas teóricas: no existe una asociación entre los síntomas premenstruales y el número de hijos, el momento más fértil del ciclo se da *antes* del síndrome premenstrual y no *durante*[105]. Por último, para algunas mujeres, coincide con un incremento de la libido.

He ahí uno de los principales problemas a la hora de abordar esta patología: como los síntomas premenstruales son muy variados, es tentador tomar aquellos que más encajen con el relato para elaborar una teoría completa de lo que sucede. Cambios de ánimo, depresión o ansiedad, antojo de los alimentos más calóricos imaginables, dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, dificultad para concentrarse, fatiga, acné, dolor de cabeza… La lista es tan larga como personal e individual para cada una de las personas que lo padecen.

«El síndrome premenstrual tiene un montón de síntomas además de los más conocidos: gastrointestinales, dolor de garganta y mocos como si tuvieras un constipado…», nos explicaba una mujer de 39 años en la encuesta. Ella tardó en relacionar su malestar con los ciclos menstruales. «El trastorno disfórico premenstrual es un desconocido, está infradiagnosticado, hay pocos tratamientos y empeora con el estrés». En general, un 54 % de las respuestas que obtuvimos en la encuesta aseguraban no tener síndrome premenstrual, aunque reconocían padecer algunos de los síntomas. Solo el 12 % de estas mujeres lo tenía diagnosticado y tomaba medicamentos prescritos por el médico para tratarlo.

Gillings, más que fracasar en su intento de explicar el origen del síndrome premenstrual, se quedó muy corto. La pregunta, sin embargo, es muy interesante y nadie la había planteado en serio hasta que llegó él. Aún falta por encontrar alguien que la responda en serio.

Dolor e incomprensión

> *Entre los estados anímicos y los dolores que tengo a veces, que muchos han disminuido por la vacuna, siento que pierdo muchos días de mi vida. No puedo concentrarme, no tengo las mismas capacidades físicas. Por lo que siento que muchas veces juego en desventaja respecto a otros cuerpos.*
>
> *Ana, 32 años, Barcelona.*

Para la mayoría de las mujeres que respondieron a nuestro cuestionario, los síntomas en los días que preceden a la menstruación están bastante presentes, aunque, como apunta Prior, el síndrome propiamente dicho solo afecte a una minoría.

Bea, de Toledo, señala algo que muchas ginecólogas han apuntado también: «A partir de los 30, he sentido que las molestias son menos intensas, pero en cambio todo lo que significa el síndrome premenstrual es más acentuado».

Maribel Acién, profesora del área de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Miguel Hernández de Elche, definía en una tribuna reciente[106] que entre los 16 y los 35 es más habitual el dolor esencial (dismenorrea primaria), mientras que las molestias premenstruales suelen aparecer a partir de los 35 años. La prevalencia más baja, sin embargo, suele darse a partir de los 40.

Sara, barcelonesa de 42 años, nos contaba también que los síntomas de su síndrome premenstrual no son siempre idénticos. «Tengo síndrome premenstrual, pero no estoy medicada», decía. «Me altera el humor, estoy más sensible. Tras el embarazo ya no me duele casi, al principio me dolía bastante».

Pero sin duda, si hay un tema que caracteriza al síndrome premenstrual es la falta de comprensión. Al no ser un dolor o unos síntomas estrictamente achacables a los días de regla, muchas de las participantes compartían la frustración de no poder comunicarse adecuadamente, especialmente con sus parejas. De ahí la importancia, para gran parte del feminismo, de ponerle nombre. Aunque se asocie a un trastorno mental, muchas mujeres prefieren que esté ahí, visibilizado e investigado, en lugar de en la oscura ubicación donde ha permanecido durante siglos.

«Creo que sigue existiendo un gran tabú al hablar de la regla, especialmente con los hombres», nos decía una mujer anónima de 40 años que trabaja en Madrid. «Y también con todo lo relacionado con el síndrome premenstrual, porque realmente son unos días difíciles de afrontar a nivel mental y nadie te lo explica cuando eres más pequeña».

Se sabe el cómo, aún no el porqué

No entendemos por qué sucede el síndrome premenstrual o si tiene alguna función, pero sí se ha descrito desde un punto de vista hormonal. Las bases químicas y biológicas del síndrome premenstrual están razonablemente bien estudiadas, a pesar de que la psiquiatría aún no haya

logrado atar cabos ni la endocrinología saber qué factores predisponen a tenerlo.

Los ovarios producen unas hormonas llamadas estradiol y progesterona con múltiples funciones, en su mayoría útiles y buenas, como regular el colesterol o fijar el calcio en los huesos, o sin ir más lejos, para estimular la génesis y liberación del óvulo. Sin embargo, cuando se produce una descompensación de estas hormonas empieza el festival de síntomas no deseados.

La clave, según los últimos estudios publicados, está en una sensibilidad alterada del sistema gabaérgico a la alopregnanolona[107]. ¿Qué significa esto en un idioma que todos podamos comprender? Vamos por partes. El GABA, siglas de ácido gamma-aminobutírico, es un neurotransmisor relajante del sistema nervioso central y el sistema gabaérgico vendría a ser su tablero de mandos. Cuando el cerebro juzga necesario que nos tranquilicemos tras un pico de estrés o un susto, abre la espita de ese neurotransmisor para que nuestro corazón lata más despacio y todo vuelva a la normalidad.

La progesterona que los ovarios producen después de la ovulación contiene un esteroide llamado alopregnanolona que estimula al sistema gabaérgico para que genere más neurotransmisores relajantes. Pero en muchas ocasiones, algo falla. En al menos dos estudios se ha observado que los niveles de alopregnanolona son significativamente menores en las mujeres con síntomas premenstruales. Esas mujeres están recibiendo una dosis mucho menor de una sustancia que tiene efectos relajantes y ansiolíticos justo cuando más lo necesitan.

No es sorprendente, por tanto, que exista una relación entre el síndrome premenstrual y la ansiedad o la depresión. Mucha de la investigación que se está haciendo actualmente en este campo consiste en ver cómo reprogramar esos circuitos, quizá con la inhibición de receptores de progesterona en el cerebro que impidan que esa hormona se absorba tan rápido y en su lugar se acumule durante más tiempo en el cerebro para generar más alopregnanolona o quizá configurar de nuevo ese tablero de mandos que no parece funcionar bien (los receptores de GABA) con tratamientos como la sepranolona o la brexanolona. Estas estrategias se están usando también en trastornos que parecen compartir una misma raíz biológica, como la depresión posparto.

Todo esto demuestra que los problemas menstruales no comienzan y acaban por debajo de la cintura. Una de las últimas cosas que recuerda haber aprendido Almu, de 33 años y residente en Badajoz, es que «los antidepresivos pueden cambiar o provocar síndrome premenstrual».

Esto es totalmente cierto y es una de las líneas de tratamiento más populares actualmente. Administrar dosis bajas de ansiolíticos o antidepresivos —inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina o ISRS— durante las dos últimas semanas del ciclo ha logrado reducir los síntomas más severos y dolorosos del trastorno disfórico premenstrual[108].

No existe cura, ¿qué puedo hacer?

Hay varias cosas que los investigadores han podido relacionar con la severidad de los síntomas del SPM. Por ejemplo, el uso de tabaco los empeora. No tiene tanto que ver con que sea un producto nocivo para la circulación o el sistema respiratorio (aunque tiene un efecto negativo sobre la inflamación o el estrés oxidativo) sino con cómo se relaciona la nicotina con el cerebro.

El consumo de esta sustancia tiene incidencia sobre los neurotransmisores del cerebro para inducir esa relajación momentánea que los fumadores buscan en un pitillo. También algunas hormonas se ven afectadas, lo que según varios estudios explicaría un empeoramiento de los síntomas del SPM.

Lo mismo sucede con el alcohol, que incluso en cantidades moderadas se ha relacionado con un periodo premenstrual más sintomático.

Ambas tienen, además, una cosa en común con esta patología: la hipertensión. Por qué las mujeres con síntomas moderados a severos suelen tener más alta la presión sanguínea es todavía un misterio, principalmente porque no les pasa a todas las mujeres.

Todo apunta a que, durante la fase lútea del ciclo, la que precede a la menstruación, suceden ciertas fluctuaciones hormonales, con un incremento de estrógenos y progesterona que pueden contribuir a la retención de líquidos y la vasoconstricción, lo que potencialmente conduciría a una presión sanguínea más elevada en personas susceptibles.

Esta es la teoría. También se sabe que la hipertensión y el SPM comparten ciertas características[109], pero aún no se ha logrado resolver la duda sobre por qué, por ejemplo, aquellas mujeres que padecen náuseas registran una mayor presión diastólica que las que no tienen ese tipo de síntomas[110].

> *Me he sentido muy incomprendida; mis síntomas premenstruales me han hecho pasar malas épocas y me han afectado en mi vida diaria. Los ginecólogos no me han ayudado al respecto.*
>
> *Eva, 48 años, Navarra.*

Por tanto, las principales estrategias no-farmacológicas para aliviar los síntomas del SPM son las mismas que para alguien con sobrepeso o demasiado colesterol malo en los análisis. Llevar una vida activa y reducir el alcohol, la sal o la cafeína.

La actividad física regular se ha asociado con una reducción de los síntomas del síndrome premenstrual en algunas personas. De nuevo, todo está en el cerebro, problema y solución: el ejercicio promueve la liberación de endorfinas, conocidas por mejorar el estado de ánimo y aliviar el dolor. Además, puede mejorar la circulación, reducir el estrés y mejorar la calidad del sueño, todo lo cual contribuye a mitigar los síntomas del síndrome premenstrual.

Varios trabajos han demostrado que el ejercicio aeróbico, como caminar a paso ligero, trotar, andar en bicicleta o nadar, puede ayudar también a aliviar los síntomas físicos y psicológicos asociados. Sin embargo, antes de enfundarse el chándal es importante tener en cuenta que el impacto del ejercicio en el síndrome premenstrual puede variar: algunas personas pueden experimentar un alivio significativo de los síntomas, mientras que otras no observarán mejoras sustanciales.

La última pata de los estilos de vida probados contra el síndrome premenstrual es la alimentación. Existen, literalmente, cientos de estudios que han probado el efecto de todo tipo de comidas y bebidas sobre los síntomas, para bien y para mal.

A ciencia cierta, podemos reducir todos estos a tres cosas fundamentales, que además tienen su lógica. Antes mencionamos que quienes padecen más síntomas en la semana anterior a la bajada de la regla tienen probablemente una descompensación en algunos neurotransmisores. Una de las consecuencias de esta disfunción hormonal es la pérdida de algunos micronutrientes que cumplen funciones vitales para el organismo. Por tanto, la idea es aumentar la presencia de estos en la dieta para paliar esa pérdida y que los síntomas mejoren

de forma natural.

Calcio. Hay una correlación clara entre la ingesta de calcio y un menor riesgo de desarrollar síntomas premenstruales. Es uno de los nutrientes que se pierden en esa fluctuación de hormonas y neurotransmisores, por lo que es preciso recurrir a fuentes de calcio como los productos lácteos, los vegetales de hoja verde y otras alternativas como las legumbres, los frutos secos o los higos.

Vitamina D. La deficiencia de esta vitamina también se relaciona con un incremento de los síntomas. La exposición a la luz solar (dosificada y con protección) es más que recomendable, pero además habría que complementarlo con alimentos como pescados grasos o huevos.

Magnesio. Es otro de los micronutrientes que suelen mostrar deficiencia en personas con síntomas acentuados en esa fase del ciclo. Puede suplementarse a través de la dieta mediante frutos secos, semillas, cereales integrales o legumbres.

La realidad y el mito social

Conocemos las bases biológicas y hormonales que explicarían el síndrome premenstrual, podemos seguir los síntomas de cientos de miles de mujeres para conocer su prevalencia, gracias a la información que facilitan las apps sobre ciclos menstruales, y observamos que en todo el mundo y en todas las culturas se dan síntomas muy parecidos. Sin embargo, sigue habiendo quien piensa que el SPM podría ser, en realidad, una especie de artefacto psicológico construido sobre raíces sociales y culturales, no ginecológicas.

Esto, en realidad, no tiene por qué ser contradictorio. Como explica Xusa Sanz, «lo mismo hay una base fisiológica, pero hay una parte también emocional, psicológica y social que está superrelacionada. Hay sociedades que no tienen síndrome premenstrual descrito, ¿cómo puede ser?».

En efecto, y pese a las evidencias presentadas a lo largo de este capítulo, hay varios académicos empeñados en romper el citado consenso —para una mayoría de mujeres existen los síntomas premenstruales y, en un pequeño número de casos en los que se ven agravados, estos constituyen un síndrome o un trastorno— y sugerir que quizá el síndrome sea producto de una presión social y cultural que nos hace ver síntomas sueltos como un pack completo. Por ejemplo, Joan Chrisler y Paula Caplan, psicólogas de la Universidad de Connecticut, recogieron en un artículo de 2002 sobre la historia del SPM que se trata de un «fenómeno cultural y trastorno psiquiátrico» que fue tomando forma a lo largo de muchos años[111]. No los síntomas, ojo, que son reales, sino el concepto de síndrome.

«Las encuestas de la Organización Mundial de la Salud indican que las quejas relacionadas con el ciclo menstrual (excepto los calambres) tienen más probabilidades de ser reportadas por mujeres que viven en Europa occidental, Australia y América del Norte», escribían. «Los datos recopilados de mujeres en Hong Kong y China continental indican que los síntomas premenstruales más comúnmente reportados son fatiga, retención de líquidos, dolor y mayor sensibilidad al frío. Las mujeres estadounidenses no reportan sensibilidad al frío y las chinas rara vez reportan afecto negativo».

Para Sanz, «no es porque no exista, es porque no lo nombran, y lo que no se nombra no existe». Los límites de cada cultura y el tabú que rodea a todo lo que tiene que ver con la

menstruación definen también las fronteras del estigma en cada parte del mundo. «El síndrome premenstrual tiene mucho también de social y muchas veces mejora muchísimo al trabajar la relación con tu ciclo menstrual. Aparte de entrenar, comer bien y tener un estilo de vida más saludable, aceptar que "soy cíclica, hay unos días al mes que tengo antojos, que estoy más irascible… lo abrazo, lo asumo y acepto que esto es así", cuando trabajas un poco con esto, hay un alivio tanto de la sintomatología como del nivel fisiológico».

Si bien es cierto que la presión social o nuestras creencias sobre el fenómeno pueden acabar afectando a que atribuyamos al mismo síntomas que no tienen nada que ver, también hay que tener en cuenta esto de Prior: «Las mujeres que describen hoy en día sus experiencias con el ciclo deben enfrentarse a tres barreras».

La primera de ellas es el tabú, a través del cual la sociedad hace que los debates sobre la menstruación sean incómodos, cuando no prohibidos. En segundo lugar, ser tomadas por neuróticas obsesionadas con lo que les pasa a sus cuerpos y, por último, ser acusadas de *PMSing* (por usar el verbo en el original inglés que se ha popularizado, en español sería algo como *premenstrualear*), hablar o actuar con los valores nublados por los síntomas premenstruales. Justo aquello que la doctora Dalton empleó hace décadas para sacar a esas mujeres de la cárcel y que ahora se vuelve en contra de todas las demás.

Como dice Prior, la tendencia a no creer a las mujeres en lo que a su salud se refiere no es algo que se limite a asuntos menstruales. «A una mujer que reporte náuseas o dolor en el pecho le dicen que tiene un ataque de ansiedad o acidez, a un hombre le investigan por si está sufriendo un infarto».

99 Greene, R.; Dalton, K., «The Premenstrual Syndrome», *British Medical Journal*, 1953.
100 Frank, R. T., «The hormonal causes of premenstrual tension», *JAMA*, noviembre de 1931.
101 Boorse, C., «Premenstrual Syndrome and Criminal Responsibility», *Premenstrual Syndrome*, 1987.
102 VV. AA., «Atención sanitaria al malestar premenstrual. La perspectiva de las mujeres», *Medicina de Familia, SEMERGEN*, enero-febrero de 2021.
103 VV. AA., «Attitudes of Spanish women toward premenstrual symptoms, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: results of a nationwide survey», *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, julio de 2011.
104 Gillings, M., «Were there evolutionary advantages to premenstrual syndrome?», *Evolutionary Applications*, agosto de 2014.
105 Brookeshire, B., «Hypothesis on evolution of PMS attracts hostility», *ScienceNews*, agosto de 2014.
106 «¿Por qué me duele la regla?», *Revista Sapiens*, febrero de 2022.
107 Tiranini, L.; Nappi, R. E., «Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome», *Faculty Reviews*, abril de 2022.
108 Se han realizado varios estudios con los ISRS más populares: fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina. Entre el 60 y el 75 % de las mujeres notaron una disminución de los síntomas.
109 Una disfunción del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), un mecanismo hormonal que regula la presión arterial, así como la deficiencia de varios micronutrientes.
110 VV. AA., «Association of Premenstrual Syndrome with Blood Pressure in Young Adult Women», *Young Women Health*, noviembre de 2016.
111 Chrisler, J. C., Caplan, P., «The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: how PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder», *Annual Review of Sex Research*, 2002.

Capítulo 6. El dolor no es normal

Cuando Vero, murciana de 34 años, tuvo su primera regla a los 12, empezó a sentir que su vida cambiaba drásticamente: «Dejé de hacer muchos viajes, de dormir en casa de amigas, de ir a la playa… Básicamente limitó mi vida social de forma fulminante». El miedo a desmayarse o vomitar de dolor en cualquier sitio ha alterado sus rutinas toda su vida. Pero la única respuesta que ha recibido de pediatras y médicos han sido recetas de ibuprofeno, que con el tiempo han dejado de hacerle efecto. Recientemente ha descubierto que, en realidad, «la regla no debería doler».

Si algo viene a la cabeza cuando pensamos en la menstruación, después de la sangre, es el dolor. Al contrario de la imagen que proyectan los anuncios de compresas y tampones, para millones de personas en el mundo la cita mensual con la regla recuerda más a una película de terror que a un paseo por el campo o a una tarde montando en patines con shorts.

Pero esto no siempre ha sido así. Aunque las mujeres siempre han tenido la regla, la regla no siempre ha sido igual para las mujeres. Durante siglos, lo normal era quedarse embarazada en las primeras menstruaciones y apenas volver a tenerla, ya que pasaban la mayor parte del tiempo gestando o amamantando a su descendencia.

No es hasta mediados del siglo xx cuando empiezan a ovular entre cuatrocientas y quinientas veces durante toda su etapa fértil, por eso hasta entonces, según Carme Valls, «solo presentaban trastornos de la menstruación las mujeres que, por provenir de clases altas o por otras circunstancias, no tenían sus primeros hijos hasta después de los 20 años»[112].

Así, las menstruaciones de las mujeres del Paleolítico, o incluso de nuestras abuelas, fueron muy diferentes a las de ahora en cuanto a sufrimiento se refiere. «Quizás no ha pasado tanto tiempo como para que el diseño de la mujer se adapte a las circunstancias actuales, y estemos activando un mecanismo —el ciclo menstrual— más veces de las que nunca en la historia lo hemos hecho», considera Xusa Sanz[113].

A la mayor cantidad de menstruaciones hay que añadir otro factor: el exceso de estrógenos, propios y ambientales, con el que convivimos actualmente y que es insólito en la historia del ser humano, especialmente en las generaciones más jóvenes.

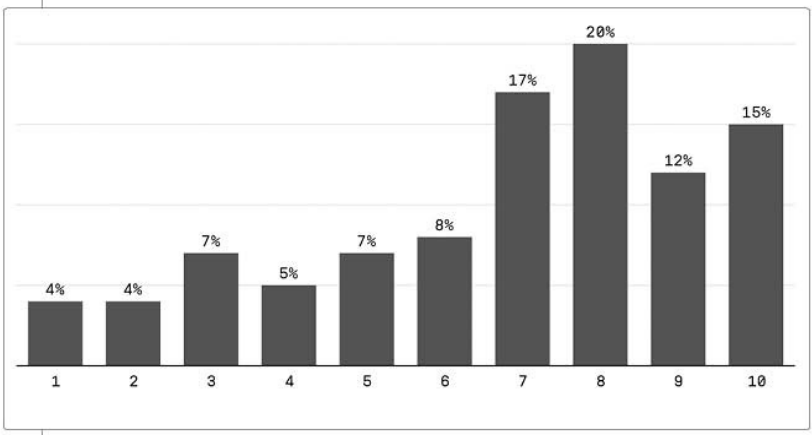
La causa más relevante del aumento de estrógenos propios es quizá el estrés. Cuando sufrimos estrés, aumenta la cantidad de cortisol en el cuerpo (precisamente llamada «la hormona del estrés»), lo que a su vez provoca un descenso en la progesterona, encargada de mantener a raya a los estrógenos, que provocan la inflamación del endometrio. «Hoy en día, tenemos más estrógenos que progesterona porque el ambiente en el que vivimos es de supervivencia, no de reproducción», apunta Sanz.

A nivel ambiental, son las dioxinas las que provocan un exceso de estrógenos. Las dioxinas son compuestos químicos contaminantes ambientales y persistentes, presentes en multitud de elementos cotidianos, como plásticos, perfluorados, insecticidas y, sobre todo, alimentos, que alteran el normal funcionamiento del ciclo cuando penetran en el cuerpo, ya que son

disruptores endocrinos. De hecho, como veremos cuando hablemos de la endometriosis, se ha demostrado una relación directa entre esta y la exposición a dioxinas, por ejemplo, en estudios con mujeres con esta patología donde se ha encontrado presencia de estos contaminantes en su grasa[114].

¿Cómo valorarías tu dolor en el peor día de regla?

1 = Apenas perceptible
10 = Me incapacita para cualquier actividad y/o tengo que tomar calmantes



Medir el dolor

En tanto que el dolor es un síntoma con una gran carga subjetiva, a veces resulta difícil estimar la gravedad detrás de la sensación. El espectro entre una ligera molestia y el dolor insoportable es muy amplio, y poner una línea a partir del momento en el que empieza a ser incapacitante no siempre es fácil. Aun así, existen métodos para intentarlo, como la Escala Andersen. Según este sistema, que va del 0 al 10 (de nulo a insoportable), a partir de 4 se considera dolor moderado y de 7, intenso.

> *He sufrido muchísimos dolores, nunca me sentí comprendida por nadie, los médicos no me escuchaban cuando les decía lo mal que lo pasaba. Mi madre solo acertaba a darme pastillas y ginebra para parar el dolor…*
>
> *Ana, 52 años, Suiza.*

En nuestra encuesta, un 47 % de las mujeres calificaron su dolor por encima de 7 (de 8 a 10) en el peor día de regla, siendo 10 sentirse incapacitada «para cualquier actividad y/o tener que tomar calmantes».

Eso supone que la mitad de las encuestadas no hace deporte intenso en sus peores días, y un 22 % tampoco deporte de baja intensidad. También un 26 % respondieron que no se sienten con fuerzas para salir de fiesta y un 12 % y un 8 % ni siquiera para quedar a tomar algo o dar un paseo, respectivamente. Solo un 39 % respondió que hacen vida normal todos los días que tienen la regla.

Pero cifrar el dolor con un número no siempre es sencillo ni representativo del padecimiento real. A menudo las únicas referencias que tienen las mujeres son las experiencias de sus madres, abuelas o amigas. Por eso Xusa Sanz propone hacerse las siguientes preguntas para saber si es necesario consultar a un ginecólogo, y también como un ejercicio de indagación en el diagnóstico por parte de los especialistas: ¿Te deja en cama sin poder acudir a tu trabajo o atender a tus estudios? ¿No se pasa con calmantes? ¿Tienes otros síntomas como náuseas, vómitos o fiebre? ¿Existe dolor durante las relaciones sexuales, al defecar u orinar?, ¿y en otro momento del ciclo? Si la respuesta es afirmativa, se trata de dolor incapacitante. Una molestia, por el contrario, se limita a una sensación desagradable en la parte baja del vientre y la espalda, y si el dolor desaparece con calmantes o al aplicar calor local y permite hacer vida normal, es totalmente corriente.

El dolor normalmente suele extenderse uno o dos días del ciclo menstrual. Esto es entre 12 y 24 días al año, o entre 480 y 960 días en toda una vida fértil donde muchas mujeres ven limitado su día a día, postradas en el sofá o pegadas a una bolsa de agua caliente a causa de un dolor que tiene nombre propio: dismenorrea.

Cuando el dolor menstrual es intenso y no desaparece fácilmente con calmantes, recibe el diagnóstico de dismenorrea, pero las cifras de incidencia de esta patología no están claras. La horquilla entre un 30 % y un 50 % se repite hasta en Wikipedia, pero no hay ni rastro del origen de estos datos. Otros estudios la elevan al 84 % entre mujeres jóvenes[115], mientras que algunas revisiones de literatura científica hablan de entre un 16 % y un 91 %[116]. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia lo sitúa en un tercio de la población femenina, aunque tampoco señala el origen de esta cifra, mientras que un estudio de la revista estadounidense *Obstetrics & Gynecology* calcula que es cercana a un 50 %[117].

Lo que sí se sabe es que la edad es un factor determinante en la intensidad del dolor durante los días de sangrado. Según estudios de Suecia y Dinamarca, dos de los países con mayor trayectoria en la investigación en el campo menstrual, antes de los 20 años alrededor del 50 % de las mujeres sufrirán dismenorrea, ya que hasta esa edad la mitad no ovulan todavía y, por tanto, generan más estrógenos que progesterona. Luego, la incidencia baja en torno a un 20 %, sobre todo si se ha dado a luz, debido a la liberación de progesterona que se produce con el embarazo (eso explica que los bajos índices de natalidad también influyan en que haya más reglas con dolor). Y, de nuevo, al llegar a los 40 años, la incidencia vuelve a subir entre un 35 % y un 40 %, cuando la progesterona va disminuyendo progresivamente al reducirse la actividad de los ovarios, pero se mantienen los mismos estrógenos propios y ambientales[118].

Tradicionalmente, en función de su origen, se ha dividido la dismenorrea en dos clases: primaria y secundaria. La primaria suele referirse al dolor menstrual que, como decimos, no se va con calmantes y tampoco puede explicarse por una patología pélvica, mientras que la secundaria es donde entrarían enfermedades como la endometriosis, los miomas o la adenomiosis uterina. Es decir, la dismenorrea primaria es aquella que se diagnostica tras el descarte del resto de las patologías, lo que hace muy difícil estimarla. Y hay que tener en cuenta que la endometriosis tarda entre ocho y diez años de media en ser diagnosticada por los médicos[119].

Sin embargo, para Carme Valls, la endocrinóloga y experta en medicina con perspectiva de género, esta diferenciación no es adecuada: «Lo que se conoce como dismenorrea primaria es también secundaria a un trastorno hormonal, igual que pasa con una endometriosis. Todas las dismenorreas son primarias y luego secundarias. Otra cosa es que no se haya avanzado lo suficiente en el diagnóstico para saber cuál es la causa». Es decir, si hay dolor es porque algo no está funcionando como debería, como una patología o un trastorno hormonal.

> *He llegado a llorar muchas veces por la intensidad del dolor, y en mi adolescencia pensaba que nunca iba a poder tener una vida normal a causa de la regla, que no iba a poder hacer las cosas que me gustaban o tener un trabajo que implicase esfuerzo físico.*
>
> *Raquel, 37 años, Murcia.*

Diagnosticar el dolor menstrual no debería tener tantos obstáculos en el camino como los que a menudo se encuentran las personas con regla, sobre todo porque no es nada complicado ni requiere de técnicas sofisticadas. Valls sigue el siguiente método con sus pacientes: «Primero tiene que haber tres menstruaciones seguidas con dolor. Si no cede a los analgésicos habituales, se hace una ecografía para descartar cualquier patología uterina, un mioma muy grande o un fibroma. Si cede a los analgésicos, veo cómo es un ciclo menstrual, la temperatura, la cantidad de progesterona y estrógenos en la segunda fase del ciclo, su proporción… Para ver si la causa está ahí. Es decir, diagnosticar una dismenorrea lleva una o dos visitas y un análisis, nada más, pero es más fácil recetar un ibuprofeno o la píldora, y punto».

Históricamente el dolor ha sido un peaje que se debe pagar por el simple hecho de ser mujeres. Un castigo divino que viene en el paquete de haber nacido con útero.

«He tenido un dolor intenso desde que me vino la regla y di por hecho que era lo normal porque a mi hermana y a mi madre les pasaba igual. En la mayoría de ocasiones seguía con mis cosas intentando que no se notase el dolor y si estaba en un sitio público iba al baño,

lloraba un poquito mientras me intentaba poner en la postura de un feto y cuando podía recuperarme un poco, salía y seguía. Intentaba evitar salir de casa porque me cansaba muchísimo, los dolores de espalda hacían que me tuviese que sentar todo el rato y vomitaba casi todos los meses del dolor», cuenta Laura, de Madrid.

Considerarlo normal es a menudo un aprendizaje heredado, tras ver sufrir a madres y abuelas sin más remedio que paños calientes, analgésicos y resignación. «Cuando duele es porque existe un trastorno menstrual cuya causa debe indagarse: no es una maldición bíblica y el dolor no se debe vivir en silencio», recalca Valls.

«El dolor está normalizado, pero no quiere decir que sea normal. De hecho, una de las cosas que yo me he encontrado en redes, sobre todo al principio de divulgar, era que muchas mujeres me decían: "¿Pero qué estás diciendo? Si la regla tiene que doler, esto lo sabemos todas". Pero no, no es normal», corrobora Sanz.

Entonces ¿por qué duele?

A pesar del impacto que tiene en la vida de muchas mujeres y personas con menstruación a lo largo de casi toda su vida, paliar el mecanismo del dolor menstrual y conocer los factores que influyen para que se desarrolle ha sido —también— una tarea olvidada en la historia de la medicina.

Al culpable de ese dolor se le puso nombre en 1935, y fue casi de casualidad. Ulf von Euler, bioquímico sueco y ganador del premio Nobel de Medicina en 1970, estaba investigando los mecanismos de la inflamación en ranas cuando consiguió aislar una sustancia hasta entonces desconocida. Convencido de que era secretada por la próstata y de que lo que tenía delante era una hormona, le puso el nombre de prostaglandina.

Aunque luego se descubriría que eran sustancias de carácter lípido, mantuvo el sufijo «ina» propio de las hormonas. Pero ni son hormonas, ni provienen de la próstata; las prostaglandinas circulan por todo el torrente sanguíneo y se quedan allá donde existe un receptor. Es decir, hacen de mensajeras a distintas zonas del cuerpo para que activen o ralenticen la inflamación cuando y donde haga falta.

Hasta 1981 no se estableció una relación entre los niveles altos de prostaglandinas y los dolores menstruales, gracias a las investigaciones de la doctora estadounidense Penny Budoff, que dieron lugar a los primeros medicamentos antiprostaglandinas. Una década antes descubrió también que los cólicos menstruales son un fenómeno físico, y no psicológico como se pensaba hasta entonces.

Ahora se sabe que las prostaglandinas se dividen en tres tipos, con distintas funciones en la menstruación. Mientras que unas se encargan de hacer que los músculos del útero se contraigan para expulsar el endometrio tras no producirse fecundación, las otras dos tienen como papel resolver ese proceso inflamatorio para que el útero vuelva a la normalidad.

Suelen entrar en acción en las 24 horas siguientes al inicio de la menstruación y su efecto puede durar de 8 a 72 horas.

En una regla sana, las distintas clases de prostaglandinas entran en acción de manera equilibrada, pero si hay una mayor presencia de las encargadas de inflamar, habrá más contracciones y, por tanto, más dolor en forma de calambres o cólicos en la parte interior del abdomen, que puede extenderse a la espalda y las piernas. Esto ocurre si hay una

predominancia del estrógeno frente a la progesterona. El dolor y la duración del sangrado también puede ser peor si la ovulación es irregular, al contrario de la creencia extendida de que el dolor solo aparece en ciclos donde se liberan óvulos maduros.

Además de las dioxinas y el estrés, también la dieta juega un papel en la regulación de las prostaglandinas, ya que depende de lo equilibrados que estén el omega-3 y el omega-6, ácidos grasos esenciales que solo pueden obtenerse a través de la alimentación. Si hay exceso de omega-6, el cuerpo generará más prostaglandinas inflamatorias de las que realmente necesita, y a la vez no tendrá suficiente omega-3, que es el que genera las prostaglandinas antinflamatorias. Esto no quiere decir que haya que erradicar el consumo de omega-6, porque además de que también genera prostaglandinas antinflamatorias, es una importante fuente para la producción de energía, así como para la salud ósea, de la piel y del cabello.

La clave reside en que los dos estén equilibrados, pero los ritmos de la sociedad contemporánea tampoco favorecen una alimentación que permita mantener unos niveles adecuados de estas dos sustancias. Los aceites vegetales, como el de girasol, son una fuente de omega-6 que está muy presente en los procesados, por lo que una alimentación que abuse de estos productos puede conllevar una presencia más elevada de la que el cuerpo necesita. Esto no solo afecta al dolor en la zona uterina, también favorece que vaya acompañado de migrañas, diarreas, dolor de pecho…, ya que las prostaglandinas ejercen su función donde encuentren un receptor celular compatible. El omega-6 también está presente en algunas carnes, la soja, la margarina y la yema de huevo. Para intentar contrarrestarlo, el omega-3 se puede encontrar en el pescado azul, las semillas de chía, calabaza o lino, así como en las nueces, el aceite de soja y algunas algas.

Por otro lado, la dimensión social también influye en la cantidad de dolor, ya que la presencia de traumas, como agresiones sexuales, es un elemento de riesgo. De hecho, tanto el síndrome premenstrual como el trastorno disfórico premenstrual se han asociado con la presencia de abusos físicos, emocionales o sexuales en el pasado, así como el trastorno de estrés postraumático. También hay estudios que relacionan la presencia de abusos en la infancia con una mayor incidencia de endometriosis, incluso relacionando el riesgo de padecerla con la severidad y cronicidad de esas experiencias traumáticas.

Francisco Carmona, jefe de Ginecología del Hospital Clínic de Barcelona, relaciona la predisposición al dolor con la epigenética, la disciplina que estudia cómo la edad o factores ambientales como la alimentación o el ejercicio pueden acabar activando o desactivando los genes: «Tú puedes tener unos genes, pero que esos genes se expresen o no va a ser lo que marque que tengas una enfermedad o no. En la epigenética entran cuestiones como haber sido prematura, alimentada con biberón o con pecho, haber sufrido abusos de cualquier tipo en la infancia o la adolescencia, el ejercicio físico, contaminantes ambientales, la alimentación… Tenemos una combinación de genes con otra de factores epigenéticos». Es decir, los acontecimientos vitales —como haber sufrido abusos u otro tipo de violencia— son capaces de provocar cambios en la expresión de los genes y hacer que se activen o inactiven. Entre ellos, también aquellos que conllevan una predisposición a la inflamación y, por tanto, a sufrir más dolor.

La actitud frente al dolor también juega un papel fundamental en la percepción y vivencia del mismo como demostró un estudio de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) de 2017 con 222 estudiantes de 17 a 28 años, con y sin dismenorrea. En el ensayo encontraron

una correlación entre las estrategias que tenían las participantes para afrontar el dolor, padeciendo menos sensaciones negativas si se distraían o tenían cambios de actitud frente a él «a través de pensamientos de control y de manejo del dolor». «Estas estrategias conductuales, dirigidas a no atender de modo directo el foco del dolor, son una forma de intervención que ayuda a que la persona recupere y mantenga sus actividades cotidianas», afirma el estudio.

El aspecto psicológico es tan determinante, que el solo hecho de pensar que una vez al mes se acerca la cita con el sufrimiento puede hacer que se padezca más. «El estrés nos pone en alerta, y hay una serie de mecanismos neurológicos que no se saben explicar, pero que te predisponen al dolor que va a venir cada mes», expone Sanz. «Si cada mes tienes dolor, cuando te va a llegar ya te predispones. En consulta muchas veces veo cómo el dolor desaparece tras muy poca intervención, les marco unas pautas y enseguida me dicen que les ha desaparecido. No es tan rápido, pero lo que ocurre es que creen que funciona, y de hecho cuando pasan dos o tres meses siempre vuelve, porque el problema que lo provoca no ha desaparecido».

Quejicas y culpables

Si se hace la prueba de buscar «dismenorrea» en inglés *(dysmenorrhea)* en PubMed, el mayor portal recopilatorio de investigación científica del mundo, la página devuelve más de 8434 resultados, un tercio de los 27.675 estudios que aparecen si se busca sobre «disfunción eréctil» *(erectile dysfunction)*[120].

La falta de investigación para poder llegar a conclusiones fehacientes sobre el dolor es una barrera con la que —de nuevo— se topan las personas con menstruación. Históricamente, el sufrimiento menstrual se ha percibido como una dolencia «menor», asociada a un sexo considerado débil durante siglos. Como señala Valls, «el ideal femenino de callar, ser sumisa y no expresar los propios deseos es el modelo normativo que imitar», así se entendía que era un dolor o bien exagerado o derivado de alguna desacertada decisión, es decir, por culpa de la mujer.

> *Evito conducir los dos primeros días del ciclo porque entre los cólicos, los calambres y el entorpecimiento mental, no estoy tan concentrada ni mis sentidos alerta y noto que pierdo facultades y no quiero ser un riesgo para nadie.*
>
> *Vanessa, 42 años, Asturias.*

Cuando las tasas de natalidad empezaron a bajar a mediados del siglo xix, el dolor menstrual era para algunos médicos como Albert Freeman Africanus King, profesor de Obstetricia en el Colegio Médico Nacional de la Universidad de Columbia, una enfermedad provocada por la decisión de las mujeres de renunciar al papel que las leyes de la naturaleza les había otorgado y no querer estar embarazadas y pariendo todo el rato.

Por aquel entonces, las universidades empezaban a abrir las puertas a las primeras alumnas mujeres, hecho que era visto con desconfianza por sus compañeros varones. El médico, y miembro de la Escuela de Medicina de Harvard, Edward Clarke consideraba que si las mujeres iban a la escuela se les atrofiarían sus órganos reproductivos[121]. La base de su pensamiento era que si la energía se concentraba en el cerebro, no podrían desarrollarse los

músculos, así que el dolor menstrual era la consecuencia de ese daño en el sistema reproductivo que podría incluso provocar infertilidad.

En la actualidad, la percepción de los médicos del dolor ajeno tampoco está exenta de sesgos. Los profesionales sanitarios consideran que las quejas del sexo femenino son psicosomáticas en un 25 % de los casos, frente al 9 % de los hombres[122], aunque no existe evidencia científica que justifique esa impresión. Las revisiones de literatura médica que se han hecho intentando contestar a la pregunta de si las mujeres son más sensibles al dolor o más «quejicas», lo que han concluido es que las mujeres tienen más enfermedades o patologías asociadas que pueden provocar dolor, como más enfermedades crónicas, donde representan el 70 %.

El dolor es mayoritariamente de mujeres, tanto el físico como el articular. También todas las enfermedades autoinmunes que causan dolor son de predominio femenino, en una proporción de 9 a 1, como ocurre con el lupus, la osteoporosis, la esclerosis múltiple o las artritis. «Eso hace que cuando viene una persona que tiene dolor a consulta, casi siempre sea mujer», dice Valls.

Según un estudio del Ministerio de Sanidad de 2022, a las mujeres se les receta un 50 % más analgésicos que a los hombres porque expresan su malestar con más frecuencia y son menos tomadas en serio por el personal médico para explorar las razones subyacentes, por ejemplo, derivando su caso a un especialista.

Ese trato desde la atención sanitaria explica que la mayoría de las mujeres no acudan a una consulta médica para tratar su dismenorrea y prefieran automedicarse[123]. Entre las razones de ese recelo, se encuentra también tener recursos limitados, pensar que no les ofrecerían ayuda, desconocer las opciones de tratamiento, desconfiar de ellos o sentir vergüenza[124].

> *Llegué a valorar extirparme todo el sistema reproductivo con tal de que el dolor terminase, pero afortunadamente la última ginecóloga a la que fui me mandó un tipo de pastillas anticonceptivas que retiran totalmente el ciclo y el dolor ha cesado.*
>
> *Aina, 28 años, Barcelona.*

A la hora de financiar investigaciones científicas, suele tenerse en cuenta la gravedad de lo que se estudia, así como la cantidad de personas a las que afecta. Si bien no es letal, que la dismenorrea sea una afección que la mitad de las mujeres puede llegar a sufrir durante años en sus vidas parece una causa suficientemente importante como para investigarla. Sin embargo, existen pocos tratamientos que la palien y ninguno específico, más allá de analgésicos como el paracetamol o el ibuprofeno, que ayudan a disminuir los niveles de prostaglandinas.

Pero ni recetar estos medicamentos se hace de manera adecuada. «Las terapias antinflamatorias no esteroides actuales no tienen más del 50 % de efectividad porque las instrucciones suelen ser tomarlo cada 4 o 6 horas, cuando el ibuprofeno solo tiene una vida media de 2 horas», explica la endocrinóloga y médica canadiense Jerilynn Prior. «Según mi experiencia clínica, los calambres menstruales se resuelven en más del 95 % tomando ibuprofeno 400 mg al comienzo de aparecer y luego de 200 mg tan pronto como vuelven».

Si no fuese por los calmantes, Paula, de 28 años, residente en Navarra, no podría hacer vida normal: «Me costaría mucho moverme de la cama cuando tengo episodios de calambres». Lo mismo le ocurre a Lourdes, con 30 años y de Madrid, a la que la píldora le ha cambiado la vida: «Antes no podía hacer nada durante los tres primeros días de regla, teniendo anemia

incluso y usando tampones súper cada dos horas. Ahora puedo hacer vida normal».

Desde que se liberalizó su uso en 1960, la píldora anticonceptiva ha sido la receta estrella para los dolores de regla y para cualquier desajuste en torno al ciclo menstrual. No hay dudas sobre su eficacia: si la progesterona está baja habrá más dolor, por lo que tomar unas pastillas basadas en este compuesto harán que las prostaglandinas se regulen. Un estudio en 1992 del Hospital de Lille, Francia, con 661 mujeres, de las cuales dos tercios tenían dismenorrea, demostró que solo el 12 % la siguió padeciendo tras un año tomando la píldora. Otro estudio alemán de un año antes, con 100.000 mujeres con dismenorrea, arrojó que el 65 % de ellas sintieron alivio de su dolor tras tomarla[125].

> *Hago vida normal porque tomo anticonceptivos orales. Anteriormente por dismenorrea iba con frecuencia a urgencias.*
>
> *Anónima, 37 años, Vigo.*

El problema no es su eficacia, sino que apenas se receta ninguna otra alternativa a la píldora anticonceptiva, a pesar de que la investigación científica ha encontrado fórmulas con menos efectos secundarios que no pasan por inhibir la ovulación, pero no llegan a las pacientes. «Es como si no hubiéramos aprendido nada en cincuenta años, cuando hay mucha gente investigando, pero poca aplicando lo que se descubre», explica Valls.

Mientras la ciencia avanza, algunos consejos útiles para paliar el dolor menstrual pasan por eliminar el alcohol y el tabaco (sustancias inflamatorias), reducir el consumo de café después de las comidas (ya que impide la absorción de sustancias como el hierro), beber bebidas calientes, aplicar calor local, hacer ejercicio físico o no usar tacones, porque modifican la postura y la posición del útero.

También aumentar esos días la actividad sexual, en soledad o con compañía, ayuda a reducir el malestar, ya que relaja los órganos y libera oxitocinas y endorfinas, hormonas de la felicidad y la calma. Si se produce penetración, contribuye además a la caída del endometrio, por lo que el sangrado puede reducirse también en el tiempo.

«Desde que leí que tener un orgasmo ayuda con los cólicos y dolores me aseguro de tener uno el primer día y no he vuelto a tener que tomar una sola pastilla», confiesa en nuestra encuesta Elena, una madrileña de 33 años, que lleva cinco practicando este método calmante. «Existen juguetes sexuales que facilitan mucho el orgasmo intenso, y leer sobre esto (o sobre el CBD, posturas de yoga…) realmente me cambió la vida».

El cáñamo también se ha vuelto popular en los últimos años para aliviar el padecimiento físico. Cada vez es más habitual ver productos compuestos de CBD, la sustancia predominante en el cáñamo (sin efectos psicoactivos), en forma de aceites, infusiones o cremas, dirigidos concretamente a esta función. A Claudia, mexicana residente en Madrid, una pomada en el vientre basada en este compuesto es lo único que le permite hacer vida normal. «Me la recomendó un amigo porque a su novia le ayudaba. Logra calmar los dolores más intensos en poco tiempo y me permite volver a mis actividades pronto», explica. Desde que vive en España no ha encontrado dónde comprarla y los dolores intensos han vuelto a aparecer.

El uso del cáñamo para reducir el dolor menstrual no es nada nuevo, sino que se remonta a siglos atrás. Según el neurólogo Ethan Russo, ya en la China de 1596 existen textos médicos donde se habla de los beneficios del aceite de las flores de cannabis para los trastornos menstruales, y encuentra pruebas de su uso durante los siglos siguientes, hasta el punto de que

a finales del siglo xix los «medicamentos patentados que contenían cannabis eran muy comunes»[126].

También han encontrado su hueco en las redes sociales los anuncios de cinturones menstruales, que a través de microimpulsos actúan en la zona baja del vientre, con un coste desde 10 a más de 200 euros, según su sofisticación. Sin embargo, aún no hay demasiada evidencia para saber cómo de útil es el instrumento más allá de la sugestión que provoca la esperanza en amortizar el dinero invertido. «Lo que hacen esos instrumentos es que las corrientes que generan pueden camuflar un poco el dolor menstrual, la desvía por otro lado. Pero los estudios que he visto no son muy concluyentes. Y tampoco sabemos si hay mujeres a las que le va bien por el mero hecho de que cuando se lo ponen están tumbadas, se ponen una infusión, se relajan…», apunta Sanz.

A Laura, lo único que ha hecho remitir su dolor incapacitante es ponerse un DIU hormonal, otro tratamiento que a veces se recomienda para paliar el sufrimiento menstrual. «Me lo puse porque con las pastillas manchas pero no tienes el ciclo y con el DIU tienes el ciclo pero no manchas, porque te debilita las paredes del endometrio y no puede desgarrarse. Ahora tengo meses con dolores fuertes, pero sin comparación a lo que tenía antes, que además eran reglas muy irregulares», explica.

María, malagueña residente en Madrid, se está planteando usarlo para paliar los dolores de la adenomiosis que padece. «Me lo ha comentado la ginecóloga para ganar calidad de vida, porque contamina mi mes constantemente. No es solo el dolor los días que me viene, con bajadas de tensión, vómitos y diarreas, también ansiedad los días antes y molestias durante la ovulación». También la dieta ha supuesto un antes y un después en la intensidad de cada menstruación: «En mi día a día intento evitar el gluten y la lactosa, pero si algún mes salgo más a restaurantes, donde no lo puedo controlar tanto, tengo mucho más dolor».

Bajas laborales

Cada vez que se acercaba el día de sangrado, Ana, residente en Suiza, de 52 años, «rezaba porque no fuera un día laboral». María, 42 años, de Madrid, agradece cuando le llega durante el fin de semana para poder tirarse en el sofá. «Si no, hago mis obligaciones de trabajo y el resto del día me tiro en cuanto puedo», cuenta.

El reposo durante los días más duros de la menstruación se ha convertido en un asunto de debate en España desde que el Consejo de Ministros aprobó las bajas por reglas dolorosas dentro de su ley del aborto. Esta ley, que entró en vigor en junio de 2023, contempla que las mujeres que se sientan limitadas por el dolor uno o más días durante su menstruación puedan acogerse a una baja por incapacidad temporal previo diagnóstico de menstruación incapacitante. La diferencia con cualquier otra baja de este tipo hasta la fecha es que no requiere cotización previa y está cubierta al 100 % por el Estado desde el primer día[127].

> *El otro día hablando con unas amigas dijeron en broma: a ver quién se va a pedir los días de permiso por dolor de regla, en la empresa te van a mirar mal. Les dije que cualquiera que pensara eso no había tenido una regla con dolor en su vida.*
>
> *Diana, 41 años, Madrid.*

La medida, impulsada por el Ministerio de Igualdad, despertó críticas en todo el espectro ideológico. Algunos socios del Gobierno socialista, de los partidos conservadores e incluso de sindicatos como UGT, consideraron que podría generar una discriminación laboral hacia las mujeres, «estigmatizándolas» en su conjunto[128].

Que las mujeres sean apartadas por su menstruación, a la vez que no se reconocen ni se contemplan las particularidades intrínsecas de sangrar una vez al mes, es lo que algunas autoras han denominado como la «paradoja de la menstruación» que puede aplicarse tanto al dolor como al síndrome premenstrual. «El estigma que rodea a los periodos afecta en ambos sentidos: mientras que la menstruación no se toma en serio como una afección médica real, también se considera tan grave que puede hacer que todas las mujeres sean incapaces de funcionar», explicaba en un artículo de 2016 la doctora en Bioética y periodista Elizabeth Yuko[129].

> *Muchas compañeras no se atreven a hablar de sus dolores/incapacidad por temor a que los jefes hombres les cuelguen el sambenito de «flojas», «débiles» o «aprovechadas que buscan días libres». De hecho, se negaron a solicitar los días libres cuando estén disponibles legalmente.*
>
> *Adela, 40 años, Almería.*

Esta paradoja se aprecia bien en los planteamientos del doctor Clarke —el que consideraba que estudiar atrofiaba los órganos reproductivos—, quien llegó a proponer en 1873 una «ley de Periodicidad». Se trataba de un plan de estudios más fácil para las alumnas de colegios y universidades, con «remisión o interrupción» de las clases cada cuatro semanas, coincidiendo con los periodos. Eso sí, en el libro[130] donde plasmaba estas ideas y que gozó de bastante popularidad, no veía ningún riesgo en el desempeño de actividades domésticas durante esos días.

Otros científicos consideraban que ese «accidente» fisiológico que se produce una vez al mes afectaba incluso a la capacidad de votar. «Ningún médico puede perder de vista el hecho de que la mente de la mujer siempre está amenazada por el peligro de las reverberaciones de sus emergencias fisiológicas», escribió en 1912 el médico Almroth Wright, en una carta al periódico *The Times of London* donde se posicionaba en contra del sufragio femenino. «Hay mucho trastorno mental mezclado con el movimiento de la mujer; y [ningún médico] puede ocultarse a sí mismo las emergencias fisiológicas que yacen detrás», añadía como argumento para negarles el voto[131].

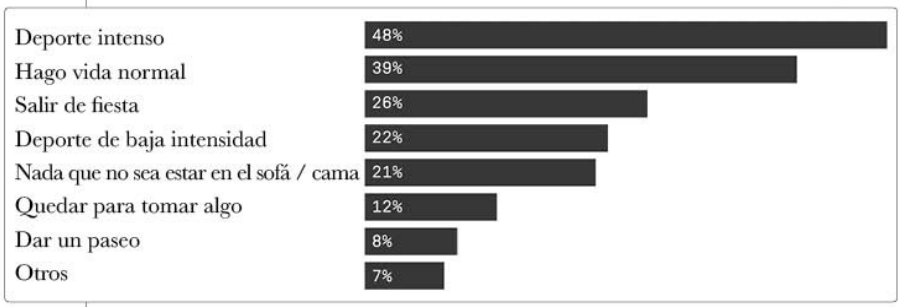
La excusa de la menstruación se repitió de manera constante en los años de lucha por el sufragio femenino, ya que las tesis médicas en torno a la regla encajaban perfectamente en los prejuicios de debilidad que se han asociado históricamente a este género. Hicieron falta estudios clínicos como el que llevó a cabo en Nueva York la doctora Mary Putnam Jacobi en 1876, titulado «The Question of Rest for Women during Menstruation» [La cuestión del descanso de las mujeres durante la menstruación] —a diferencia de sus colegas, este sí basado en el método científico—, que refutaba la idea de que la menstruación afectaba a la capacidad mental de las mujeres.

En países asiáticos como Japón o Corea del Sur, políticas similares llevan décadas implantadas, aunque las cifras de acogimiento a estas bajas han caído en picado con el paso de los años, quizá porque esos días no están retribuidos[132].

España ha sido pionera a nivel europeo en aprobar una ley para la incapacidad menstrual.

Hasta ahora, a nivel institucional solo el Ayuntamiento de Girona permitía la ausencia durante ocho horas al mes, que pueden recuperarse más adelante, mientras que en Sabadell se aprobaron doce días anuales de permiso por esta causa para el personal municipal. Solo otro país europeo, Italia, ha hecho una propuesta legislativa al respecto, que se rechazó en 2016, y es objeto de debate también en Francia.

¿Qué cosas no puedes hacer en tus peores días de regla?



Me alegro por el hecho de que en España hayan aprobado la ley de baja laboral por menstruación dolorosa. Siempre habrá imbéciles para decir que nos aprovechamos, pero a estas alturas de malestar por la regla, me la refanfinfla.

Géraldine, 40 años, Francia.

En Latinoamérica, solo en México hay una ley que reconoce el derecho a la salud menstrual, con una baja laboral de tres días, que entró en vigor en 2022. Argentina consiguió un día de libranza —llamado Día Femenino— para el gremio bancario a través de una negociación de convenio colectivo, aunque sin una gran aplicación. También Colombia propuso en 2022 una ley de la Endometriosis para reconocer esta incapacidad. «Nuevamente, uno de los temores principales alrededor de esta ley es que se le pague menos a las mujeres y que, a su vez, se promueva la antigua idea de que no son aptas para los espacios laborales», explica un artículo[133] del Grupo de investigación de Mujeres, Género y Diversidad del CEERI (Centro de Estudios Estratégicos de Relaciones Internacionales). «Profesionales de la salud comentaron que no se trata necesariamente de una licencia como la única solución, sino que se busca generar ambientes de trabajo que no sigan fomentando la menstruación como tabú ni tampoco como problema».

Adela, 40 años, de Almería, ni siquiera pide dejar de trabajar esos días: «Con que me dejen teletrabajar desde mi cama con la manta eléctrica me conformo», explica en la encuesta. De las casi mil respuestas, la mitad no se sentía incapacitada para trabajar los peores días de su regla (50 %), seguido de un 15 % que podría hacerlo desde casa. Un 27 % solo tendría problemas un día y un 7 %, más de uno.

«Durante mucho tiempo he trabajado desde casa y ha sido más llevadero, porque podía funcionar aunque fuese desde la cama o con mi saquito de semillas, pero ahora que tengo un trabajo al que sí tengo que ir, noto que me afecta muchísimo», cuenta María, malagueña de 34 años. «Esos días arranco con miedo de que me fastidie la jornada, tengo que pensar mucho la ropa para que no me apriete, calzado cómodo porque se me hinchan las piernas… Hace que una jornada normal sea mucho más incómoda. El otro día, por ejemplo, me tuve que coger un taxi del trabajo a casa porque no podía ni ir en metro del mareo».

Soy funcionaria, tengo 51 años y fue el mes pasado cuando por primera vez explicité que no puedo ir porque me bajó la regla. El teletrabajo ayuda, aunque según el trabajo ni eso.

Arancha, 51 años, Madrid.

Aunque el objeto de debate haya cambiado, y ya no se trate del voto o del acceso a la formación reglada, sino de las bajas, lo que se mantiene a pesar del paso de las décadas es el prejuicio a la totalidad de las mujeres por una circunstancia que no les ocurre a todas, pero cuya investigación podría mejorar la vida de muchas. «Se confunde la menstruación, que es un hecho fisiológico, con una patología, que es el dolor menstrual. Nadie en su sano juicio va a pedirse una baja por una molestia menstrual», opina Xusa Sanz. «Es como si por tener espalda fueses a padecer lumbalgia. La diferencia es que si vas con lumbalgia al médico, no te va a decir que tienes que seguir trabajando, mientras que el dolor menstrual no se considera una patología porque está normalizado, aunque no sea normal».

[112] Valls, C., *Mujeres invisibles para la medicina*, Capitán Swing, 2020.
[113] Sanz, X., *La revolución de la menstruación*, Espasa Calpe, 2021.
[114] VV. AA., «Increased levels of dioxin-like substances in adipose tissue in patients with deep infiltrating endometriosis», *Oxford Academic*, 2015.
[115] VV. AA., «Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea?», *Journal of Pain Research*, junio de 2012.
[116] Arnal, M., «Dolor menstrual o dismenorrea, ¿se normaliza en nuestra sociedad?», *Revista Ocronos*, consultado online en *Revista Médica*, junio de 2022.
[117] Gilliam, M. L., «Exercise for Dysmenorrhoea», *Obstetrics & Gynecology*, julio de 2010.
[118] Según entrevista con Carme Valls.
[119] Fernández Parra, J.; Dolores, M.; Ruiz, L.; Rodríguez Olives, M. A., «Diagnóstico y clasificación de la endometriosis», consultado online en Research Gate, 2008.
[120] Resultados del 23 de diciembre de 2022.
[121] Kaplish, L., «The law of periodicity for menstruation», *Wellcome Collection*, 2017.
[122] C. Valls-Llobet, J. Ojuel Solsona, M. López Carrillo, M. Fuentes Pujol., «Manifestación y medicalización del malestar en las mujeres», Ministerio de Sanidad, 2007.
[123] VV. AA., «Utilización de fármacos para el tratamiento de dismenorrea primaria en estudiantes universitarias», Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas, 2007.
[124] VV. AA., «Reasons women do not seek health care for dysmenorrhea», *Journal of Clinical Nursing*, 2017.
[125] Wong, C. L.; Farquhar, C.; Roberts, H.; Proctor, M.; «Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea», *Cochrane Library*, 2009.
[126] Russo, E., «Cannabis Treatments in Obstetrics and Gynecology: A Historical Review», *Journal of Cannabis Therapeutics*, 2002.
[127] De forma general, no se cobran los primeros tres días, y los doce siguientes los asume en gran parte la empresa, hasta el día 16, que lo empieza a cubrir la Seguridad Social.
[128] Cordero, S., «La vicesecretaria de UGT duda sobre las bajas laborales por la regla: "No sé si nos hace un flaco favor a las mujeres"», *El Plural,* 12 de mayo de 2022.
[129] Yuko, E., «How the "Period Paradox" Keeps Women Down», *Ms. Blog*, 24 de febrero de 2016.
[130] Titulado *Sex in Education: Or a Fair Chance for the Girls*.
[131] Koren, M., «The Pioneering Female Doctor Who Argued Against Rest», *The Atlantic*, 6 de julio de 2019.
[132] EFE, «Las bajas por menstruación, una realidad en Asia desde el siglo pasado», *La Vanguardia*, 13 de mayo de 2022.
[133] Grupo de investigación de Mujeres, Género y Diversidad, «Baja menstrual: ¿Conquista de derechos o nuevos obstáculos?», CEERI, 2022.

Capítulo 7. Endometriosis, adenomiosis, miomas... pero ¿qué me pasa, doctor?

Una enfermedad que te hace pasar en un minuto de estar bien a sentir que alguien te está apuñalando en el estómago, que hace vomitar y desmayarse del dolor a quien la sufre, debería ser una prioridad en la escala ambulatoria. Sin embargo, es la dolencia común que más tarda en diagnosticarse. Años.

La endometriosis no es ninguna enfermedad rara, afecta a una de cada nueve mujeres y niñas españolas, pero cuando la mayoría de ellas acude al ginecólogo para encontrar una respuesta, vuelve a casa con más dudas.

«Es la enfermedad que se tarda más en diagnosticar; desde que vas al médico con dolor menstrual hasta que te la diagnostican se pueden tardar ocho años», explica Carme Valls, «por ejemplo, el otro día hablé con una chica en una conferencia y a ella le habían tardado dieciocho años».

La endometriosis es una de las patologías más devastadoras asociadas a la menstruación. Se produce cuando células similares a las del endometrio, el tejido que recubre el útero, comienzan a proliferar fuera del mismo. Habitualmente en el área pélvica colindante, las trompas de Falopio o los ovarios, pero no pocas veces este tejido endometrial ha aparecido en otros órganos como la vejiga o los intestinos e incluso en los ojos. Al no ser expulsado del cuerpo mediante la menstruación, el tejido queda atrapado, provocando ese dolor inenarrable.

Y no solo eso. Es un trastorno que, además de sus efectos más directos, también provoca infertilidad. Sin embargo, pocas pacientes llegan a obtener un diagnóstico definitivo de endometriosis en las primeras consultas. Los estudios que arrojan una incidencia de entre el 8 % y el 15 % de mujeres son tildados de muy conservadores, porque si algo caracteriza a estas patologías es el infradiagnóstico.

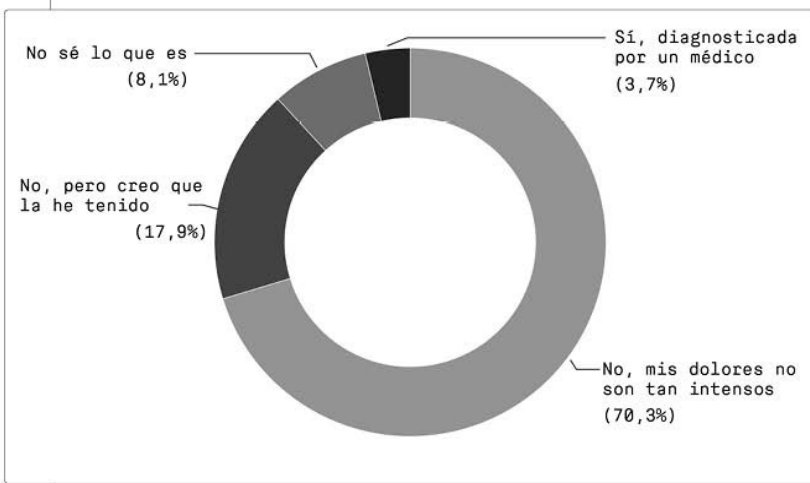
La veterana endocrinóloga no tira balones fuera y asume que la principal responsabilidad de que todo esto suceda es de los profesionales: «No las hemos detectado porque no hemos valorado bien la dismenorrea, hemos pensado que "esta pesada, que viene aquí y tiene dolor" y no la hemos estudiado con ecografías». Todavía hay, sin embargo, quienes siguen escudándose en que el diagnóstico es muy complicado debido a lo variado de los síntomas[134].

Entre las más de 900 mujeres que respondieron a nuestra encuesta para este libro, un 70 % está segura de no haber tenido endometriosis. Sin embargo, entre las restantes hay muchos grises. Un 4 % fueron diagnosticadas, pero el resto no está segura o directamente desconoce su existencia.

«Por favor, es necesario crear un protocolo de detección de la endometriosis para atajar la enfermedad cuanto antes», imploraba Irene, de 31 años.

«Ojalá se investigara más sobre la endometriosis», nos contaba Ana, de 32 años, desde Bilbao. «Que podamos entenderla mejor y las futuras generaciones no tengan que esperar hasta los 25 para saber qué les ocurre, como me pasó a mí».

¿Tienes endometriosis?



Un diagnóstico complicado

Francisco Carmona, jefe de Ginecología del Hospital Clínic de Barcelona y una de las mayores autoridades europeas en el estudio de la endometriosis, discrepa con la idea de que no exista bastante investigación al respecto, aunque concede que la que existe es muy reciente: casi todo lo que sabemos sobre esta enfermedad lo hemos aprendido en los últimos veinte años.

Una revisión internacional realizada en 2019 en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology*[135] era mucho más incisiva sobre los motivos que estaban retrasando y ocultando los diagnósticos: «Pese a su alta prevalencia y coste, la endometriosis sigue subfinanciada y poco investigada, limitando enormemente nuestra comprensión de la enfermedad y ralentizando una innovación muy necesitada en diagnósticos y opciones de tratamiento».

Como en otros casos anteriormente mencionados, quienes han liderado la investigación sobre endometriosis y otros aspectos que rodean a la menstruación en España no responden a una apuesta manifiesta de las instituciones, sino más bien al interés personal e incluso a la casualidad. «Hay muy pocos grupos potentes en España, si miras quién está publicando sobre endometriosis estamos nosotros, un grupo de Valencia y ahora cada vez más otro de Madrid», dice, en referencia a los investigadores del Instituto de Investigación Sanitaria Incliva, entidad del Hospital Clínico de Valencia y los del madrileño Hospital La Paz.

Carmona, quien además preside la Sociedad Española para el Estudio de los Miomas y la Endometriosis, tenía hace muchos años una idea distinta para su carrera sanitaria. «Yo que tenía muy marcado mi camino hacia la obstetricia tuve que enfocarme en la ginecología, un campo muy amplio y donde empecé muy abajo».

Un día, al inicio de su carrera, a mediados de los noventa, trató a una paciente en una guardia. Aquella mujer, que Carmona recuerda con una alegría contagiosa pese al dolor terrible que sufría, había llegado a Urgencias con lo que el médico diagnosticó como una endometriosis profunda con afectación del fondo saco vaginal.

Años después, mientras prestaba asistencia en un dispensario, se la volvió a encontrar. «Me dijo que estaba igual, mismo dolor, mismo sufrimiento», y pensó para sí mismo, «pero ¿cómo puedes estar igual si te hice un diagnóstico fantástico?». Aquel encuentro con su primera paciente de endometriosis le abrió los ojos, no solo sobre el abandono e invisibilización que sufrían miles de mujeres, sino también hacia dónde debía orientar su carrera. «Además, la endometriosis era algo *nuevo*, aunque esa novedad era mentira porque se viene mencionando desde Hipócrates». Lo cierto es que no había habido demasiados avances desde la época clásica.

Para más serendipia, las dos mujeres con las que Carmona se casó compartían el diagnóstico de endometriosis. Su sendero estaba marcado: «Aquello estaba en pleno desarrollo y vino una corriente que me ha arrastrado hasta aquí».

> *Enfadada con que no me den soluciones para el dolor fuera de regla por endometriosis. No solo duele cuando estás sangrando. Mi ciclo es doloroso todo el mes. Los quistes me duelen, no me dan tratamiento efectivo y todo se diagnostica en función de mi percepción del dolor.*
>
> *Natalia, 36 años, Madrid.*

Carmona explicaba, en un reciente libro sobre el tema, que una de sus pacientes se echó a

llorar cuando le diagnosticó un caso severo de endometriosis[136]. Y no lloraba de preocupación, sino «por el alivio de sentirse escuchada y comprendida», escribía el doctor. Por fin su dolor tenía un nombre. Otras veces, el dolor se escabulle como un animal salvaje que se resiste a ser nombrado.

En ocasiones, la endometriosis se tarda en diagnosticar sencillamente porque la paciente no acude al médico. «No lo ha consultado porque lo ha considerado normal, por miedo, porque a mis compañeras les pasa y a mí no…», dice Carmona, que amplía también este ámbito al círculo más cercano. «En muchos casos no vienen porque la familia les dice que ya se les pasará o que a ellas también les pasaba. Entonces, por un lado tenemos un problema de normalización de los síntomas por parte de la paciente, de la familia y la sociedad y por el otro tenemos la dificultad de la práctica clínica: los síntomas son muy variados, y no existe un test diagnóstico o biomarcadores de endometriosis», expone el ginecólogo.

Pese a su probada eficacia, el diagnóstico por imagen sigue sin ser la primera opción. No importa que hayan pasado ya unos doce años desde los primeros *papers* que validaban esta herramienta como una solución para saber, al momento, si algo va mal. El diagnóstico por imagen consiste principalmente en una prueba llamada ecografía transvaginal, una técnica básica que inicialmente apunta al diagnóstico de la endometriosis. Bastan unos minutos para determinar la presencia de endometriomas (quistes de endometriosis) en los ovarios o la parte baja de la tripa. Para salir totalmente de dudas, se combina con otras pruebas como la ecografía abdominal o la resonancia magnética para detectar la endometriosis extragenital.

Además, ese dolor puede confundirse con la endometriosis pero tener otras causas y un diagnóstico diferente.

Cuando no es endometriosis

Marta, canaria de 42 años, llevaba toda la vida buscando la explicación a los dolores que sentía antes de que le viniera la regla. Pasó por varios ginecólogos cuyas recomendaciones oscilaban entre la resiliencia con antinflamatorios y la píldora u otra terapia con hormonas, pero nunca llegaban a concretar cuál era el origen del problema. Le decían que podían ser miomas, o quistes, o cualquier cosa… Solo sabía que la endometriosis había sido descartada.

En los últimos tiempos, el malestar se le concentraba en las lumbares además de en la pelvis, por lo que su ginecóloga la derivó a otros especialistas —además de los de urgencias, a los que se veía obligada a acudir cada vez que el dolor era demasiado intenso como para ser *solamente* la regla— que tampoco lograban dar con la tecla.

«Una vez me dijeron: te hemos puesto ya de todo, lo siguiente ya es darte morfina», recuerda Marta de una de sus noches en urgencias.

Un día, estando tumbada en una camilla boca abajo a punto de recibir la enésima inyección, la médica de la Unidad del Dolor que se disponía a pinchar le dijo: «Marta, yo te hago el bloqueo lumbar, pero tu problema no es de espalda ni de columna…, es ginecológico».

La médica que se disponía a inyectarle la exhortó a volver a la ginecóloga, esta vez con la prescripción de hacerse una resonancia profunda del suelo pélvico. La prueba alumbró finalmente el diagnóstico que buscaban. Era adenomiosis.

La adenomiosis es muy parecida a la endometriosis, solo que en este caso ese tejido se

desarrolla en la pared muscular del útero. Ese tejido desplazado actúa como el resto del endometrio, se engrosa y sangra, produciendo reglas más abundantes y dolorosas.

Los especialistas en ginecología no se ponen de acuerdo sobre si estamos hablando de una o dos patologías. «Para algunos, se trata de dos enfermedades diferentes», explicaba Carmona que, en cambio, considera que «la adenomiosis es una forma de endometriosis»[137].

Lo que sí está claro es que todas las mujeres con adenomiosis han tenido que aventurarse en ese triángulo de las Bermudas del diagnóstico durante meses o años antes de saber qué les pasaba exactamente.

La lista de diagnósticos erróneos en relación a estas enfermedades es abrumadora, pero, incluso cuando dan en la diana a la primera, no es raro que las pacientes se vuelvan a casa sin entender exactamente qué les sucede.

«Tuve la suerte de que me diagnosticaron la endometriosis en el hospital, en urgencias, pero me hubiese gustado saber qué era la endometriosis o que me explicaran mejor en qué iba a influir en mi vida», nos contaba María, de 38 años, que vive en Madrid. «Antes de tomar Amchafibrin para no desangrarme literalmente, no sabía por qué mis amigas no sangraban como yo». Este fármaco, basado en ácido tranexámico, sirve para coagular la sangre con el objetivo de frenar sangrados demasiado abundantes.

Además de «endometriosis», casi todas las mujeres que han acudido con alguna molestia han escuchado de boca de su ginecólogo alguna de estas tres palabras: mioma, quiste o pólipo.

> *Mis ciclos duraban 45-50 días y tenía dolores insoportables hasta que me operaron hace unos meses de miomas. Los ciclos duran ahora sobre 30 días y no tengo dolor, como mucho una molestia.*
>
> *Susana, 32 años, Madrid.*

Los miomas son tumores benignos, muy comunes a partir de los 40 años aunque su aparición depende de factores como la raza (mayor prevalencia en mujeres negras), el peso (la obesidad o el consumo de carne roja también parecen predisponer a su aparición) o, una vez más, la presencia de disruptores endocrinos en el organismo. Suelen ser sintomáticos en un 25 % de las mujeres en edad fértil, y solo en un 0.5 % llegan a resultar cancerígenos. También la irrupción de la primera regla a una edad cada vez más temprana parece favorecer la presencia de miomas.

A Elena, de 42 años, residente en la capital, la aparición de estos cuerpos extraños le trastocaron un ciclo que, hasta entonces, apenas le producía dolor más que de manera ocasional. «He tenido suerte con mi regla», contaba. Pero durante dos años los sangrados comenzaron a ser «tremendamente abundantes». Se trataba de un mioma intrauterino. «Me lo extirparon y volví a tener reglas normales».

Habitualmente estos miomas son pequeños y no suelen dar molestias, pero cuando crecen demasiado o se sitúan muy cerca del endometrio comienzan los dolores y el sangrado más abundante. Y al mismo tiempo, la confusión: ¿es por el mioma o por la endometriosis? Ambas son dos de las principales razones, por detrás del cáncer de cuello de útero, para una histerectomía: cada año se realizan en España unas 50.000 intervenciones para extirpar quirúrgicamente el útero.

Paralelamente, pueden aparecer también quistes. En este caso se trata de pequeños sacos de líquido, vestigios de óvulos no fecundados que nunca fueron expulsados del cuerpo. En otras palabras, se enquistaron[138].

Es importante señalar que tener quistes ováricos no equivale a tener un síndrome de ovario poliquístico. Los quistes son un efecto secundario del ciclo, mientras que el SOP se debe principalmente a desajustes hormonales. Quien lo padece registra un alto nivel de andrógenos, una hormona masculina que se encuentra en pequeñas cantidades en las mujeres, y el principal problema que esto produce es que dificulta que el cuerpo libere cada mes un óvulo maduro. De este modo, estos óvulos permanecen dentro del ovario rodeados de una pequeña cantidad de líquido alrededor del cual se forma una película: ahí está el quiste, consecuencia de estos ciclos incompletos por el *hackeo* de las hormonas.

Es muy improbable que un quiste sea maligno, salvo en la posmenopausia —el periodo que sigue al último sangrado y que suele durar unos diez años, durante los cuales se siguen registrando algunos síntomas de la menopausia—. En esta etapa sí conviene someterse a revisión cada cierto tiempo. Pero esta acumulación conlleva otros problemas: ciclos irregulares, infertilidad, resistencia a la insulina, hirsutismo o acné.

A esta edad suelen darse también los pólipos, una especie de verrugas que aparecen en el endometrio y no revisten más problemas en un 95 % de los casos.

Como se puede apreciar, el conocimiento a priori de lo que acontece ahí dentro es bastante completo. Pero sobre el terreno, la cosa es mucho más compleja: se dan dos o más factores al mismo tiempo, hay pólipos que aparecen antes, quistes que brotan cuando ya nadie contaba con ellos o miomas que no aparecían por ninguna parte en una revisión y durante la siguiente sí.

En principio, no existe una relación clara entre los miomas y el SOP, aunque cada vez más investigadores asumen que tampoco se ha estudiado del todo el fondo de la cuestión: si el síndrome que favorece la proliferación de quistes tiene su explicación en un nivel alto de andrógenos, el cuerpo podría tratar de compensarlo produciendo más estrógenos, algo que a la larga favorece la aparición de miomas. Algunos trabajos han cuantificado que aquellas pacientes con SOP tienen un 65 % más de probabilidades de acabar teniendo miomas.

El doctor Carmona, célebre además por haber logrado que en 2023 una de sus pacientes diera a luz tras un pionero trasplante de útero que también tuvo lugar en el Clínic, explica que esa zona gris en la que se adentran las mujeres doloridas es mucho más confusa de lo que podría parecer. Las pacientes no solo se debaten entre endometriosis, miomas ováricos o adenomiosis.

«Ojalá fuera solamente entre esas tres entidades», suspira. «Hay un montón de patologías con las que se confunden la endometriosis o la adenomiosis: colon irritable, fibromialgia, enfermedad de Crohn…, una lista interminable de posibles diagnósticos erróneos. Eso es porque el dolor, al final, es un síntoma muy común. Hay muchas cosas que hacen que a uno le duela algo, con lo cual si no encuentro lo que esa paciente tiene y me empeño en encontrar algo, al final le encuentro algo que no tiene». En parte sucede que la endometriosis, la adenomiosis y los miomas comparten mecanismos patogenéticos similares y muchas veces las vemos asociadas. «Digamos que la adenomiosis está en el medio, a veces aparece con endometriosis, otras veces con miomas. Esto tiene una explicación, porque médicamente hay bases que justifican esa asociación».

La receta para evitar meter a las pacientes doloridas en este laberinto de indefinición está clara. Consta de un protocolo muy bien conocido: «La sospecha clínica, un buen interrogatorio de la paciente, los síntomas, los antecedentes y la búsqueda de factores de riesgo junto a las técnicas de imagen deberían ser la base para el diagnóstico en los próximos años»,

resume Carmona. «Es posible que se siga investigando en encontrar biomarcadores o test genéticos que puedan asociarse a la endometriosis, y también es posible que la inteligencia artificial nos ayude a hacer ese diagnóstico».

Es fácil hablar así desde uno de los hospitales más punteros de España, dotado con un servicio de ginecología reconocido y galardonado. Pero no todas las consultas disponen en la actualidad de las técnicas de diagnóstico por imagen de los centros avanzados. Y de nuevo, a menudo esas mujeres pasan años dando vueltas entre el centro de salud y el servicio de urgencias hasta que alguien decide derivarlas a un especialista hospitalario con herramientas que puedan evaluar su dolencia con certidumbre.

Otro de los misterios que rodean a la endometriosis es su extraña distribución. Hay lugares en el mundo, como Nigeria, donde el porcentaje de mujeres con endometriosis severa llega al 36 % mientras que en el norte de Europa permanece en torno al 5 % de la población menstrualmente activa.

De momento, no existe un consenso científico acerca de los factores que predisponen a la endometriosis, si es algo hereditario o condicionado por el ambiente.

«Se van conociendo genes relacionados con la endometriosis y otras enfermedades, de hecho, hay un *Nature*[139] publicado recientemente que demuestra que muchas enfermedades cuyo síntoma principal es el dolor comparten genes», señala Carmona. En 2022, otro artículo apuntaba a que había una anomalía genética muy clara en la endometriosis que justificaría que hubiese familias con mayor predisposición. «Pero lo cierto es que cada vez se da más importancia a los factores ambientales».

La clave epigenética

La epigenética es una disciplina en auge, que estudia cómo el ambiente puede modificar la expresión de los genes, afectando a su actividad, pero sin cambiar la secuencia del ADN. Así, por ejemplo, el hecho de practicar deporte, fumar, estar expuestos a contaminantes o vivencias traumáticas, pueden hacer que algunos genes se «activen o inactiven».

En el caso de la endometriosis se ha señalado a un contaminante producto de la incineración como uno de los factores capaces de empeorar el pronóstico inicial: «Se ha podido comprobar que la endometriosis tiene relación también con la exposición a dioxinas», dice Carme Valls. Estos componentes se dan más en algunos barrios, como por ejemplo los del Ensanche de Vallecas (Madrid) o Sant Adrià (Barcelona), por su cercanía a vertederos e incineradoras[140].

«Tú puedes provocar endometriosis a un chimpancé», explica Valls, «si le pones dioxinas en la comida acaba haciendo algo parecido a una endometriosis, con lo cual, cuando se dice que cada vez hay más dolor, es así porque hay más estrógenos, y hay más estrógenos porque hay más estrés y más contaminación ambiental». Los primeros trabajos que empezaron a trazar una relación entre dioxinas y endometriosis tienen casi veinte años[141]. En 2015, una colaboración entre el Hospital Clínic y el CSIC logró demostrar experimentalmente el vínculo al hallar tetradioxinas en las reservas de tejido graso de setenta mujeres con endometriosis.

Una de las vías más esperanzadoras para los próximos años es poder hacer para cada mujer una especie de diagnóstico a la carta, que incluya tanto factores hereditarios como ambientales.

«Ojalá algún día podamos decirle a alguien "te aconsejo que con tu patrón de genes vivas lejos de donde haya una fuente de dioxinas" o "con tu patrón de genes puedes vivir allí, pero no tomes según qué alimento"», dice Carmona. «Tenemos claro que la genética es importante, pero la epigenética probablemente tenga más importancia y habrá que seguir averiguando lo que pasa para que esos genes alterados se expresen o no».

Lo que definitivamente ha tomado forma es que «una sola causa no vamos a encontrar», explica el jefe de Ginecología del Clínic. «Sabemos que hay varias anomalías en los receptores hormonales de las células, pero eso no es suficiente, hacen falta más cosas».

Sospechas y esperanzas

Hasta 2022 no hubo una Sociedad Española para el Estudio de los Miomas y la Endometriosis. Ese año celebraron su primer congreso.

Con las sociedades médicas en España sucede que siempre tienen una relación muy estrecha con la industria farmacéutica donde se confunden a veces intereses nobles y espurios. Los médicos aprovechan para recibir financiación y docencia, las empresas para vehicular sus avances y, en no pocas ocasiones, legitimarlos.

La SEEME no es una excepción. Los tres patrocinadores principales de su primer congreso fueron, por orden de inversión, las compañías Gedeon Richter, Adamed y Medtronic.

Representan perfectamente el estado de la cuestión. Dado que no existe una cura, las soluciones para una paciente diagnosticada con endometriosis son iniciar un tratamiento médico a base de hormonas —como, por ejemplo, las píldoras que fabrica Gedeon Richter— o someterse a cirugía con aparatos como los que fabrica Medtronic.

Fuera de eso, la otra opción es la analgesia producida por los antinflamatorios. Alrededor del ibuprofeno ha florecido también una industria que ofrece a las mujeres complementos nutricionales de todo tipo que prometen reducir la dismenorrea. Uno de estos es el Levedol, fabricado por Adamed.

Entre los otros patrocinadores del congreso más importante de España sobre endometriosis figura, por ejemplo, Bayer. La empresa alemana es pionera en comercializar Visannette, un fármaco contra la endometriosis basado en un tipo de hormonas llamadas progestágenos. Como su propio nombre sugiere, su función principal es mantener el embarazo, aunque también intervienen en regular la menstruación. En este caso, el medicamento engaña al cuerpo simulando un embarazo, lo que provoca que el organismo no active esa respuesta inflamatoria que da lugar a la endometriosis.

Otros patrocinadores en el mismo rango: el grupo EMB (Equipos Médicos Biológicos), fabricante de aparatos empleados en cirugía obstétrica y ginecológica. Hologic, una empresa especializada en equipos de ablación endometrial por radiofrecuencia, un procedimiento que reduce el sangrado destruyendo el revestimiento interior del útero. Por último, Theramex, quien también fabrica tratamientos de tipo hormonal.

Todos forman un perfecto resumen de las opciones que se ofrecen a quienes acuden a la consulta con una sospecha de endometriosis.

Esto, que a primera vista no parece algo alentador, puede acabar siéndolo. Algo se está moviendo en la industria, lo que significa que están empezando a calcular el beneficio que puede significar encontrar nuevas alternativas terapéuticas para una patología muchas veces

incapacitante, sin cura, que dura casi toda la vida y que afecta a millones de personas.

Carmona trabaja actualmente en varios ensayos clínicos de los que no puede revelar demasiado, por acuerdos de confidencialidad con las empresas que los desarrollan, pero se muestra optimista con respecto al futuro.

«Están apareciendo más vías», proclama. «El tratamiento hormonal sigue siendo la base del tratamiento de la endometriosis, pero al final estamos dándole vueltas a las mismas hormonas». El médico recuerda una visita reciente a Madrid para asistir a la presentación de un medicamento nuevo contra los miomas. Era un viejo fármaco contra la endometriosis, solo que con otro paquete. «Se anunció a bombo y platillo, pero no deja de ser una hormona que antes se daba de una manera y ahora de otra», señala. «Hay una inversión brutal para vender como nuevo algo que al final no lo es tanto».

Entre las cosas que sí son novedades, la mala noticia es que están todavía en un punto muy experimental. Hay estudios muy nuevos que buscan crear anticuerpos contra las células de la endometriosis, aquellas que tienen alteraciones en sus cromosomas y crean antígenos que no deberían ser expresados. De lograrse, se podría ir a destruir las células de endometriosis cada vez que aparecen, haciendo un paralelismo con lo que pasa en algunos tipos de cáncer. Pero este futuro aún es remoto.

«Se está investigando también en nuevas vías de administración de los fármacos con nanomedicina, creo que vamos a seguir viendo cambios donde la cirugía tendrá cada vez un menor papel frente a los tratamientos médicos», dice Carmona. «Por desgracia vamos a ver muy poco en cuanto a prevención».

Al referirse a las posibilidades del análisis epigenético, el ginecólogo entra en un terreno casi onírico, donde la medicina personalizada podría ofrecer a cada mujer un tratamiento hormonal individual para diferentes momentos de su vida, con distintas circunstancias personales —si quiere quedarse embarazada, si siente más dolor que antes— y donde también su epigenética cambie según los genes se expresen o no.

Un descubrimiento muy modesto

La endometriosis puede dividirse en varios tipos en función de dónde se desarrolle: ovárica, tubárica o de trompas, pélvica, rectal, intestinal y peritoneal. Además, como sucede en otras enfermedades (como el cáncer) se clasifica en función de su gravedad en los grados del I al IV.

Un grupo de investigadores australianos presentaron a mediados de 2023 el considerado «primer descubrimiento mundial contra la endometriosis[142]».

Lo que hicieron Jason Abbott y sus compañeros ginecólogos en el Hospital de Mujeres de Sídney fue buscar un enfoque diferente: hicieron crecer tejidos de cada uno de los tipos de endometriosis y probaron para cada uno distintas alternativas farmacológicas.

De este modo, pudieron comprobar exactamente qué funciona mejor en cada caso. En un futuro, esto les permitirá saber si un tipo concreto de endometriosis puede evolucionar a un estadio muy agresivo provocando, de paso, infertilidad a la paciente. Así podrán saber también qué tratamiento ofrecerle, si puede ser farmacológico o si la cirugía es su única opción.

El propio Abbott explicaba que era algo similar a lo que sucedió con el cáncer de mama hace treinta años, cuando a todas las pacientes las sometían al mismo tratamiento agresivo

independientemente del tipo de tumor, mientras que en la actualidad se tratan dependiendo de su tipología.

El mayor avance reciente en endometriosis es un avance muy modesto. Toda la comunidad investigadora espera, sin embargo, un gran golpe sobre la mesa en el futuro en forma de terapias celulares, capaces de atacar con macrófagos esas células problemáticas o reducir la actividad de sus receptores de estrógenos para detener la respuesta inflamatoria. Pero de momento, todo esto es solo un anhelo en busca de financiación.

134 «Endometriosis: una enfermedad crónica difícil de diagnosticar por la sintomatología», *Gedeon Richter*, 17 de febrero de 2022.

135 VV. AA., «Assessing research gaps and unmet needs in endometriosis», *AJOG*, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, agosto de 2019.

136 Carmona, F., *Endometriosis: La guía para entender qué es y cómo cuidarte*, Grijalbo, 2021.

137 Carmona, F., «Adenomiosis, ¿la hermana pequeña de la endometriosis?», *The Conversation*, 20 de abril de 2021.

138 Dentro de este grupo, existen quistes funcionales (relacionados con el proceso menstrual) y no funcionales. Los funcionales son foliculares cuando el folículo que contiene al óvulo no logra liberarlo, por tanto el ciclo no está completo; los del cuerpo lúteo corresponden al saquito que se rompe para liberar al óvulo. Los no funcionales corresponden a aquellos no relacionados con el ciclo menstrual (dermoides o cistoadenomas) pero que acaban instalándose ahí y, en muchos casos, provocan hemorragias.

139 VV. AA., «The genetic basis of endometriosis and comorbidity with other pain and inflammatory conditions», *Nature Genetics*, marzo de 2023.

140 Carrillo, A., «Sant Adrià, foco de dioxinas», *La Vanguardia*, 28 de julio de 2017; y Mendi, I., «Un estudio europeo alerta de elevados niveles de dioxinas junto a la incineradora», *Vallecas VA*, 20 de enero de 2023.

141 Guo, S. W., «The link between exposure to dioxin and endometriosis: a critical reappraisal of primate data», *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 2004.

142 «Australian researchers make world-first endometriosis breakthrough», *The Guardian*, 1 de junio de 2023.

Capítulo 8. La píldora: problema y solución

La historia de la píldora merecería un libro aparte. El sueño de un puñado de mujeres que anhelaban una solución para conseguir la liberación. La pesadilla de quienes fueron usadas como conejillos de indias y acabaron desarrollando efectos secundarios imborrables. La esperanza de quienes sufren cada mes. La salvación de los ginecólogos. El remedio para todo lo que desglosamos a lo largo de este libro, del síndrome premenstrual a la endometriosis o, más ampliamente, para el dolor sea cual sea. El tapón que ha impedido investigar más a fondo el fenómeno de la menstruación. Liberación y esclavitud. Cielo, infierno y purgatorio. La píldora es todas estas cosas y muchas más.

Entre las más de 900 mujeres —además de un hombre trans y tres personas que se identificaban como no binarias— que contestaron a nuestro cuestionario, nada levanta tanta controversia como la píldora. Dos de cada tres la utilizan actualmente o la han utilizado en algún momento.

Es muy importante que los profesionales sanitarios ofrezcan toda la información, de manera rigurosa, sobre los efectos secundarios, físicos y mentales, que tienen los anticonceptivos hormonales. En muchas ocasiones los tratamientos se inician de manera muy temprana y arbitraria y creo que las niñas no pueden valorar adecuadamente el impacto que puede tener en ellas tomar o dejar de tomar la píldora. No es cuestión de engordar, tener acné o que te deje de doler cuando te baje la regla. Más bien, aumentan las posibilidades de desarrollar cáncer de mama, puedes perder el deseo sexual, tener episodios depresivos y también se incrementa el riesgo de sufrir un trombo (¡especialmente si fumas!).

Anónima, 24 años, Madrid.

Antes de tomarme la píldora, el dolor que podía llegar a sentir era de 9-10 en el primer y segundo día, pero desde que la uso no tengo dolor o muy poco.

Alicia, 24 años, Santa Cruz de Tenerife.

Tomar la píldora tenía muchas consecuencias negativas para mí, de las que no me habían informado previamente. A mí personalmente no me iba bien, aunque entiendo que a otras personas sí.

Laura, 25 años, Toledo.

Sigo teniendo dudas de que mi dolor sea normal. Me recetaron la píldora anticonceptiva muy pequeña por el dolor y nunca me han mirado si es algo más. Siempre está todo bien, pero yo sigo sufriendo cada mes. Muchas veces he ido a trabajar, estudiar, hacer el deporte al que me dedicaba sin dormir por el dolor de la noche anterior.

Elena, 27 años, Madrid.

Desde que me hicieron una ecografía y vieron que tengo un ovario más, no se me ha vuelto a hacer ningún estudio ni se me ha diagnosticado absolutamente nada. Mi médico no me recetó la píldora anticonceptiva al principio porque en aquella época estaba pasando por problemas de depresión y me dijo que era mejor esperar. Cuando ya me estabilicé, sí me la mandó, por esa parte creo que lo hizo bastante bien.

Elvira, 23 años, Madrid.

Desde hace muchos años tomo la píldora por tener ovarios poliquísticos. Mis reglas son anecdóticas, pero he tenido hemorragias abundantes y reglas de 15 días. Por eso me recetaron la píldora.

Nieves, 37 años, Madrid

Después de siete ginecólogos, nueve píldoras, aro vaginal… sigo teniendo sangrado durante 10 días y ciclos de 15 días (cuando no viene cuando quiere). La respuesta es, a pesar de que recalco y señalo que sucede desde que se me trató con corticoides, que la regla a lo largo de los años cambia. Al final todo se reduce a lo mismo: aguántate, que no es para tanto, mujer.

May, 41 años, Madrid.

Hace años me tomé la píldora para evitar quedarme embarazada, pero dejé de tomarla a los meses porque me encontraba muy sensible y triste, sin tener razones ni entenderlo. Cuando dejé de tomarla esos síntomas desaparecieron. Era más joven y ahora soy consciente de que no estaba bien informada cuando tomé esa decisión. Desde que soy más consciente sobre mis hábitos, conozco mejor mis ciclos y tomo un regulador hormonal natural, mis reglas apenas son dolorosas y puedo hacer vida normal. Cuando la menstruación me incapacitaba fui a una ginecóloga y me dijo que, si quería, podía tomar la píldora, que me lo pensara, le pregunté si me podía explicar qué supondría para mi cuerpo tomar la píldora y me contestó que mirara en internet. Me sorprendió su respuesta y su falta de empatía.

Ana, 37 años, Madrid.

Acudí al ginecólogo (SS) por mis dolores incapacitantes de la regla. Me dijo que eran dolores normales, que no era para tanto (era un hombre) y su única solución, aparte de tomar más antinflamatorios (que me destrozan el estómago) fue mandarme la píldora. Ante mi negativa me «convenció» para ponerme el DIU, asegurándome que no tenía efectos secundarios (pregunté insistente por el estado de ánimo, pues tengo depresión y ansiedad diagnosticadas, y negó tajantemente), que la cantidad de hormonas era mínima y, por lo tanto, tampoco engordaría. En ningún momento me habló de que valía más de 200 euros y los tenía que pagar yo, pese a ser en la Seguridad Social. Me sentí y siento tremendamente desprotegida en esto.

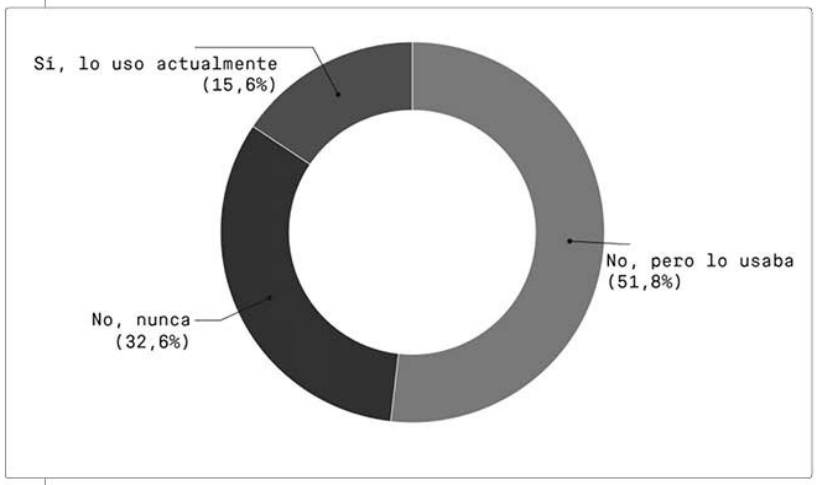
Ángela, 30 años, Madrid.

No hace falta tener endometriosis para padecer dolores infernales. La solución que te dan es la píldora y nunca opté por ella. La menstruación me tiene trastornada desde el principio, y, francamente, creo que no se termina de empatizar.

Arancha, 51 años, Madrid.

¿Usas algún método de regulación hormonal?

Incluyendo píldora anticonceptiva, anillo vaginal o DIU.



La pionera: Margaret Sanger

La tasa de natalidad en el mundo tocó techo en 1963. Entonces la media era que cada mujer tuviera 5.3 hijos. Hoy está en 2.3 hijos, menos de la mitad. Países como la India ya han bajado de dos y se encaminan hacia las cifras de natalidad de los países desarrollados, donde se registran entre 1 y 1.5 hijos por mujer. Esta transformación en apenas cincuenta años tiene muchos protagonistas, de los que una de las más importantes es la enfermera estadounidense Margaret Sanger.

En 1914, Sanger comenzó a repartir un folleto de dieciséis páginas llamado *Family Limitation*[143], donde exponía las mejores formas de no quedarse embarazada, métodos que iban desde el perfeccionamiento de la marcha atrás hasta el uso de pesarios, esponjas o diafragmas de caucho, en aquel momento ilegales. En aquella época fue un escándalo que la llevó varias veces a ser detenida, pero, al mismo tiempo, su voz prendió como la pólvora.

Aunque Sanger tenía en mente a las mujeres trabajadoras de las clases bajas (el folleto se publicaba en inglés, yidis e italiano) pronto sus consejos pasaron a ser un manual prescriptivo para las mujeres de la naciente clase media norteamericana. Ella puso los cimientos de Planned Parenthood[144], la poderosa organización que logró legalizar el aborto en Estados Unidos y extender el uso de técnicas anticonceptivas a países africanos o la India.

Lo que esta pionera buscaba realmente era un anticonceptivo fiable, seguro, barato y, sobre todo, con el que una mujer pudiera tener un control total, es decir, tomarlo sin que el hombre lo supiera. Era un objetivo demasiado ambicioso para lograrlo ella sola. Pero los avances en química de los años treinta y cuarenta, en los que se descubrió cómo extraer hormonas análogas a la progestina de plantas como el ñame silvestre *(Dioscorea villosa)* fueron dando forma a ese sueño.

Aunque la píldora o el anillo vaginal fueron concebidos desde las ideas de Sanger, esta era ya demasiado mayor para participar en el proceso como antaño. Aquejada de tuberculosis, se mudó a Arizona y buscó a una poderosa aliada para compartir esfuerzos: Katharine McCormick, sufragista y segunda mujer en graduarse en el MIT.

Heredera de una fortuna de su marido, financió toda la investigación necesaria para que la píldora, considerada el avance médico más revolucionario del siglo xx junto a la penicilina, fuera una realidad.

En 1953, cuando Sanger y McCormick tenían respectivamente 74 y 78 años, confiaron sus esperanzas a un hombre llamado Gregory Pincus. No era, a decir verdad, el científico más reputado del país, de hecho trabajaba en un modesto centro de Massachusetts fundado por él mismo, la Fundación Worcester de Biología Experimental. Años atrás, Harvard le había retirado el contrato después de que sus investigaciones para obtener conejos por fertilización in vitro escandalizaran a la sociedad. La prensa le presentó como un científico loco, pero aquel episodio abrió los ojos de Sanger: había encontrado a su hombre.

Liberación a través de la opresión

Los primeros años de la píldora fueron éticamente muy cuestionables. Pincus había confirmado de manera experimental que la progesterona era la mejor candidata para detener la ovulación. Primero tenían que probar la seguridad de la pastilla, así que en 1954, con el

pretexto de valorar el «posible efecto tranquilizante» de la píldora, Pincus reclutó a dieciséis pacientes con enfermedades mentales e ingresadas en el cercano Hospital Estatal de Worcester[145]. Les dio a probar un prototipo de la píldora anticonceptiva y luego les extirpó el útero en un esfuerzo por comprender el efecto de la droga en la ovulación.

Cuando publicó sus hallazgos en *The Lancet*[146], sus editores recibieron cartas como esta: «Este uso como conejillos de indias de pacientes psicóticos crónicos que no pueden dar o rechazar su consentimiento en investigaciones fisiológicas de este tipo debe ser tan repugnante para muchos de sus lectores como lo es para mí».

A la hora de probar la píldora como anticonceptivo, no pudieron hacerlo en Massachusetts porque estaba prohibido, así que pusieron sus ojos en un territorio con estatus semicolonial: Puerto Rico.

Allí, Pincus y su principal colaborador, un médico experto en infertilidad llamado John Rock, seleccionaron a 265 mujeres —de bajos ingresos y que tampoco tuvieron acceso a un consentimiento informado como tal— para probar por primera vez la píldora en personas con el objetivo de evaluar su eficacia. El éxito en cuanto a la prevención de embarazos fue absoluto, todas dejaron de ovular durante la duración del ensayo clínico y volvieron a hacerlo cuando les retiraron el fármaco. Sin embargo, un 22 % de las participantes abandonaron la píldora por los graves efectos secundarios que conllevaba: vómitos, náuseas, mareos, dolor de cabeza o depresión.

No importó mucho. Después de varios experimentos más en Haití y México, la FDA aprobó el fármaco. La primera píldora anticonceptiva, Enovid, llegó al mercado estadounidense en 1960. A los pocos años, las mujeres norteamericanas de clase media, que abrazaron con fervor la píldora, estaban reportando los mismos síntomas que aquellas puertorriqueñas que habían participado en el ensayo clínico. Su formulación ha cambiado con los años para lograr reducir sus efectos secundarios más habituales: náuseas, sangrado irregular, un incremento del riesgo de trombosis, ictus o cáncer de mama.

Creo que falta mucha más información sobre los efectos de la píldora en la regla a partir de una edad. Llevo tomando la píldora desde adolescente para controlar el dolor, el ciclo y el flujo y como método anticonceptivo, pero desde hace unos años me la cambiaron por una solo con estrógenos y la regla no me baja todos los meses. De hecho, lo más normal es que no me baje prácticamente nunca. Hasta que pude hacer dos consultas con el ginecólogo y me contó que era «lo normal», los primeros meses fueron de desconcierto, pánico y decenas de test de embarazo.

Prado, 40 años, Madrid.

Tengo ovarios poliquísticos y con 12 años, como me hicieron una radiografía para comprobar que ya no me iba a desarrollar más, decidieron mandarme la píldora anticonceptiva. Y he estado veinte años tomándola ininterrumpidamente sin que ningún endocrino o ginecólogo haya propuesto otras soluciones para los síntomas (acné y vello), he tenido que ser yo la que lo propusiese.

Marta, 33 años, Madrid.

Estoy esperando para ir al ginecólogo y que me dé una respuesta a por qué me duele la ovulación. Desde que dejé de tomar la píldora el dolor es peor que el de la regla, me provoca náuseas y no me puedo mover del sitio. Me lleva doliendo desde que me bajó por primera vez y no sabía que a otras personas también

les pasaba.

Claudia, 28 años, Pontevedra.

La médica una vez me dijo: «A todas nos duele la regla, es normal», y la ginecóloga a la que me derivó lo primero que me dijo fue: «¿Quieres la píldora, no?», antes de explorarme siquiera. Lo que quería era una solución para los dolores y que me mirase si podía tener endometriosis.

Marga, 26 años, Valladolid.

Tener la regla me condicionaba los viajes o ir a la playa. Tomo la píldora desde hace unos seis años y ha hecho mi vida mejor, sin preocuparme de manchar todo el rato o por la cantidad de flujo. Ojalá alguien me lo hubiera comentado antes.

Anónima, 40 años, Londres.

He tenido una menstruación muy dolorosa cuando era adolescente y joven, hasta que empecé a tomar la píldora. Ahora a mis hijas les pasa lo mismo y las comprendo, me gustaría que se difundiera más lo doloroso e incapacitante que puede llegar a ser, en mi caso, más que parir.

Yolanda, 51 años, Madrid.

Con 18 años me dijeron que tenía ovarios poliquísticos, que no quedaba otra que tomar la píldora. Eso hice durante otros dieciséis años, pese a que visitaba a mi ginecólogo para pedirle alternativas al tratamiento, intentar revisar el diagnóstico o reportarle las consecuencias en mi cuerpo: retención de líquidos, falta de libido… Alguna vez fui incluso preocupada cuando vi que en Francia habían suspendido la venta de Diane 35, la píldora que yo tomaba, y me dijo que era eso o quistes por doquier. En la última visita a otro ginecólogo, y habiéndome puesto ya un DIU, este médico me pidió perdón colectivo en nombre de los demás ginecólogos por haber diagnosticado a la ligera el síndrome de ovarios poliquísticos y haber recetado la píldora por sistema y por comodidad a toda una generación de mujeres. Fuerte, eh.

Ana, 37 años, Madrid.

Odio mi menstruación, cuando tengo la regla sangro muchísimo los dos primeros días y estoy muy incómoda, me cuesta dormir, me da mucha vergüenza manchar la ropa interior… Tomé la píldora durante diez años y la echo mucho de menos, pero me la tuve que quitar por problemas de tensión. Me estoy planteando pedir la píldora otra vez porque no soporto estar con la regla.

Julia, 30 años, Madrid.

La píldora llega a España

Una pastilla rosa que tomada una vez al día protege de embarazos no deseados. Era como magia y se extendió por todo el mundo en un suspiro. Daba igual que el país estuviese bajo una monarquía o una república, democracia o dictadura, nada pudo detener aquel tsunami. Cuatro años después de su lanzamiento, la píldora llegó también a España. Era 1964.

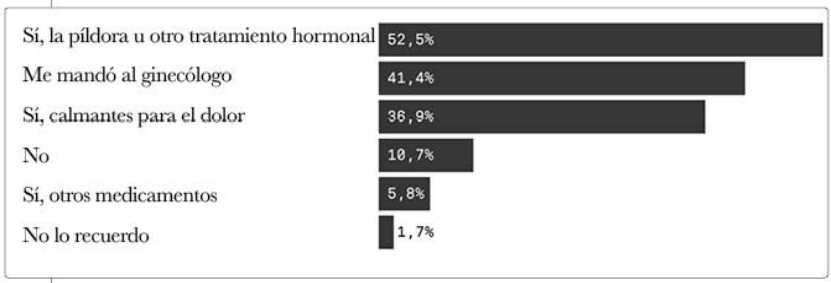
En realidad, de cara a las autoridades esto nunca sucedió. Para protegerse de esta moda que comenzaba a bullir en otros países, en 1963 el franquismo ordenaba la prohibición expresa de que un laboratorio «destacara la eficacia anticoncepcional o abortiva que pudiera tener un

medicamento o una especialidad farmacéutica»[147].

Era una ley hecha a medida de la trampa, porque poco después una empresa alemana nacionalizada, Productos Químicos Schering, comenzó a vender el Anovial 21, primer compuesto que impedía la ovulación. El eufemismo era que servía para «regular la menstruación». Hay que tener en cuenta que, además de la ley, los laboratorios temían el boicot de los grupos de control político-religiosos, que ostentaban un enorme poder entonces.

Pero nada pudo frenar a las españolas deseosas de recuperar el control de sus vidas. En solo dos años se vendieron en España entre 790.000 y 1.650.000 envases de anovulatorios[148]. A principios de los setenta ya eran dos millones anuales, a finales de esa década, diez millones. Primero la píldora se dirigía a mujeres casadas con muchos hijos, después a casadas sin hijos, más tarde a solteras y finalmente a adolescentes. La revolución había llegado, pero ¿a qué precio?

¿Te mandó algo el médico cuando has acudido por una consulta relacionada con tu ciclo menstrual?



Datos sobre 469 respuestas con opción de escoger más de una.

El mayor experimento en tiempo real de la historia

La píldora ha traído beneficios indudables. Además de otorgar a millones de mujeres el control sobre su reproducción, favoreció la revolución sexual de los años sesenta y setenta, y la segunda ola de feminismo y los derechos que comportó para las mujeres en países de todo el mundo.

Sin embargo, en lo que afecta a la menstruación, el día que la medicina aprendió a silenciar el ciclo menstrual, dejó de hacer preguntas sobre por qué sucedían ciertas irregularidades o por qué el cuerpo femenino funciona como funciona.

Los estudios sobre la regla, sobre la amenorrea o dismenorrea, sobre endometriosis, sobre el síndrome premenstrual…, prácticamente sobre todo lo que trata este libro, fueron desactivados durante décadas por el efecto de la píldora.

Y lo mismo sucedió con los efectos secundarios a largo plazo. Aunque es cierto que la industria ha ido modificando las dosis para reducir algunos de los riesgos mayores, como los tromboembolismos, la lista de preocupaciones que aún no han sido atendidas sigue siendo larga[149].

> *Me resulta muy frustrante que la única solución para cualquier problema con la regla (ciclos irregulares, síndrome premenstrual muy fuerte, etcétera) sea la píldora o cualquier otro método anticonceptivo hormonal. Yo no quiero tomar métodos anticonceptivos hormonales y las veces que he tenido que hacerlo, por problemas puntuales, lo he hecho solo durante unos meses porque me sentía peor que no tomándolos.*
>
> *Anónima, 33 años, Asturias.*

Durante los primeros años, la píldora se usó solo para evitar embarazos, pero los médicos no tardaron en atar cabos: al interrumpir la ovulación, también desaparecían los demás problemas ligados a ella. Al cabo de un tiempo, se convirtió en la primera opción terapéutica, aunque no se supiese bien cuál era el problema.

«Me negaba a aceptar que la píldora fuera el único remedio a un acontecimiento fisiológico que no se desarrolla en condiciones aceptables en un número importante de mujeres», explica Enriqueta Barranco. «Para llegar a este punto de partida tuve que alcanzar una serenidad intelectual bastante alta y tener medios a mi disposición que antes no había tenido». En el día a día, explicaba, las guías clínicas y la práctica habitual llevan a muchos médicos a disparar primero con la píldora y preguntar después. Barranco tuvo que dar un paso atrás y observar con cierta panorámica para darse cuenta de lo que estaba sucediendo.

La ginecóloga granadina señala, además, que los médicos vulneran el propio prospecto al recetar el tratamiento hormonal para cualquier eventualidad relacionada con el ciclo.

«Si tú quieres usarla para no quedarte embarazada, perfecto, para cualquier otra cosa está contraindicada: con lo exigentes que somos con los prospectos, en ninguno dice que esas píldoras sirvan para otra cosa que no sea la anticoncepción, y los médicos la siguen recetando para todo», dice.

> *Creo que las mujeres estamos ya cansadas de que la asistencia médica sea tan limitada en cuanto a tratamientos, información y prevención. Hay un largo camino aún por recorrer, pero ya no tienen un pase frases como: «Esto depende de cada mujer», «es normal» o «vamos a probar con…», normalmente, la píldora.*

Soledad, 40 años, Madrid.

Entre las encuestadas que recordaban haber acudido a una consulta por un problema menstrual (prácticamente la mitad de la muestra total), un 52.5 % recibieron como respuesta una receta para la píldora u otro tratamiento hormonal.

No existen muchos estudios al respecto, pero Estados Unidos suele realizar cada tres años una Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar[150] en la que, entre otras cosas, pregunta a las ciudadanas sus motivos para usar la píldora. Un 58 % usaban la píldora exclusivamente para no quedarse embarazadas, y el resto incluía otras razones. Luego, un 14 % la tomaba por cuestiones que nada tenían que ver con el embarazo, sino para paliar dolores menstruales, irregularidades del ciclo o prevención del acné. Este porcentaje subía en el caso de las adolescentes: una de cada tres tomaban hormonas para paliar los efectos secundarios de su menstruación, según un análisis realizado por el Guttmacher Institute a partir de los resultados oficiales[151]. En Estados Unidos, la FDA ha aprobado incluso la terapia hormonal como un método más para combatir el acné[152].

Carme Valls, la otra gran investigadora de la menstruación en España, es de la misma opinión que Barranco. El problema no es solo la píldora como tal, sino la prescripción a ciegas. «Antes de darle un anticonceptivo has de estudiar a la mujer».

A menudo, ni siquiera llegan hasta el ginecólogo (solo un 41 % de las veces fueron derivadas, según los datos recabados en nuestra encuesta), sino que se las recetan en atención primaria. «Los nuevos médicos de atención primaria tienen ganas de hacerlo bien y no dan anticonceptivo de primeras, se lo reservan para mujeres que tienen un tumor en el ovario o una endometriosis en la cavidad abdominal, en esos casos hay que recetar anticonceptivos y lo que sea necesario hasta que encontremos un camino, pero en general hay que diagnosticar antes qué le pasa: ¿come mal, le falta ácido fólico…? Investiguemos».

De hecho, es una reivindicación habitual de este tipo de profesionales sanitarios. En el último congreso de médicos de atención primaria y de familia se volvió a pedir a las autoridades sanitarias «la dispensación sin receta de anticonceptivos femeninos de uso regular», en concreto aquellos basados en desogestrel —otro nombre para el progestágeno etinilestradiol al que se le ha colocado la etiqueta comercial de minipíldora— argumentando que «facilitar su acceso ayudaría a reducir el elevado número de abortos que cada año se registran en España, en torno a 88.000».

El tabú que hay en torno a la menstruación favoreció también que la píldora se haya extendido tan rápidamente sin que las mujeres supieran una palabra sobre los efectos secundarios. «Cuando salió, las mujeres la tomaron para evitar el embarazo —apunta Valls— y no protestaron, si tenían efectos secundarios, ni abrían la boca. Pero si haces una encuesta y preguntas, la mitad se quedó sin libido, no tenían las mismas ganas de hacer el amor cuando tomaban la píldora que cuando no la tomaban, pero no protestaban porque creían que era un problema de ellas, personal e individual de cada una de ellas». Hasta que el velo de silencio fue cayendo.

> *Mi primer ginecólogo me recetó la píldora sin hacerme las pruebas pertinentes. Si hubiera tomado otra más adecuada, nada de eso hubiera pasado. Cuando empecé a dejar de tomarla, tuve un desajuste hormonal y casi me desangro. Sangraba muchísimo y destrocé varios pantalones. Los médicos me dijeron que no me pasaba nada. Cuando me vino, a los cinco minutos tuve que ir a un baño y ya se había*

manchado todo de sangre menos mi abrigo. Había quedado con unas amigas que me estaban esperando fuera, pero tardé media hora en salir del baño porque me mareé y no paraba de sangrar, así que llené las compresas que llevaba nada más ponérmelas. Al final cogí un montón de papel higiénico, me até el abrigo a la cintura, y me fui.

Anónima, 35 años, Madrid.

Para Elizabeth Kissling, profesora de Estudios de género en la Universidad de Eastern Washington y autora de un libro sobre el negocio alrededor del ciclo, «lo que sucede ahora con las mujeres, usando la píldora anticonceptiva para la supresión de la menstruación a largo plazo, es el mayor experimento médico sin controles de la historia», definió certeramente en una entrevista con *Scientific American*[153].

«Miro metaanálisis como los que hizo la Clínica Mayo en 2006[154] y ahí vieron claro que tomar la píldora anticonceptiva durante cinco años antes de tener el primer hijo es un factor de riesgo para el cáncer de mama antes de la menopausia, —abunda Valls sobre el mismo asunto—. Dirías, bueno, ¿y quién más lo ha publicado? Y son muy pocos trabajos, porque es casi tabú decir algo en contra».

No es que todos los efectos sean negativos. Los defensores de la píldora subrayan también la otra cara de la moneda: una reducción del riesgo de padecer cáncer de endometrio, de ovarios o de colon. En realidad, es difícil cuantificar muchos de sus efectos positivos, como el papel que ha tenido en el empoderamiento de las mujeres de muchos países en desarrollo o su contribución a limitar la superpoblación que padece la Tierra. En otros casos sí que es cuantificable: ha contribuido a reducir el número de operaciones para extirpar el útero o histerectomías en la mayoría de países desarrollados[155].

Sesenta años con la misma pastilla

Esencialmente, hay dos tipos de píldora. Una contiene solo progesterona y la otra, combinada, contiene también estrógeno[156]. Evitan la ovulación engañando al cuerpo, ya que la acción de las versiones artificiales de estas dos hormonas femeninas, que se producen de manera natural en el cuerpo, simularía un embarazo. Como el cuerpo entiende que ya está embarazado, los folículos no liberan óvulos.

Además de prevenir que los folículos liberen un óvulo, la píldora también sirve para espesar la mucosidad en la abertura del útero, lo que dificulta que los espermatozoides lleguen a ese óvulo, si lo hubiere, y también adelgaza el revestimiento de la matriz, lo que hace que sea menos probable que un óvulo fertilizado pueda acoplarse ahí y crecer. En resumen, la progesterona entorpece un posible embarazo de tres maneras: evitando la liberación del óvulo, evitando que (si es liberado) sea fecundado por los espermatozoides y, por último, si ninguna de las dos opciones anteriores tienen éxito y el óvulo es fertilizado, la píldora evita que tenga un lugar donde asentarse.

Por su parte, el estrógeno suele contribuir a reducir el sangrado menstrual. Para las mujeres de más de 50 años, sin embargo, se recomienda cambiar la píldora combinada por otra de solo progesterona. ¿Por qué? En primer lugar, porque el estrógeno favorece la aparición de trombos sanguíneos y en segundo, porque a partir de esa edad, y aunque la menopausia no haya dado todavía señales, la fertilidad decrece lo suficiente como para poder reducir un poco

el nivel de alerta a cambio de una mejor salud circulatoria.

Desde que Carl Djerassi sintetizó por primera vez la progesterona para su consumo por vía oral, en México en los años cincuenta, se utilizan versiones sintéticas conocidas como progestinas. Las más habituales son derivadas de la noretindrona.

> *Me recetaron la píldora por el dolor insoportable que tenía. En su momento no lo cuestioné, ni tampoco me informé más. Hace un año la dejé de tomar, a pesar de que mi ginecóloga no entendía mis preocupaciones de llevar tomándola más de una década. Es la mejor decisión que he tomado nunca, me siento mucho mejor.*
>
> *Ylenia, 36 años, Gipuzkoa.*

La píldora combinada es el anticonceptivo más popular, solo por detrás del preservativo. El último informe de la Sociedad Española de Contracepción la sitúa en segunda posición: es el método preferido para un 17 % de las encuestadas[157]. A esto habría que añadir también otros tratamientos hormonales como el DIU hormonal (3.8 %), el anillo vaginal (1.9 %), el implante subcutáneo (1.7 %) o la píldora que solo contiene gestágenos (0.8 %).

La parte más llamativa es que, pese al éxito de la píldora, esta apenas ha variado su formulación en los últimos sesenta años. Son esencialmente los mismos ingredientes, solo que en los últimos veinte años se administran dosis mucho más bajas: cuando antes podían contener más de 150 microgramos de estradiol o etinilestradiol, ahora es raro que superen los 35 microgramos. Los niveles elevados de esta hormona están asociados con un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, de ahí que se hayan reducido a su mínima expresión. Ahora lo que sucede es que los sangrados irregulares son más comunes porque el cuerpo echa mano precisamente de este estrógeno para preservar el endometrio; con una dosis más baja, se atrofia con más facilidad.

Por fin, en los últimos años está empezando a haber cambios. Nuevas píldoras con otro tipo de hormonas que no tienen los efectos secundarios de sus predecesoras.

> *Me cambió mucho la menstruación al ponerme un implante anticonceptivo en el brazo. A los 19, me operaron de un tumor benigno y me extirparon un ovario. Desde entonces, me dolía mucho la regla y probé con píldoras, pero no eran para mí. El chip del brazo me ha venido mejor para el dolor, pero he estado periodos de seis meses sin regla y con mucha sequedad vaginal al principio. Ahora ya se ha regulado todo.*
>
> *Ana, 26 años, Madrid.*

La más prometedora es una nueva alternativa basada en estretrol, un estrógeno natural que es sintetizado exclusivamente durante el embarazo por el hígado fetal humano. El que se usa en estas píldoras 2.0 es sintetizado a partir de la estrona, que se obtiene a partir de fitoesteroles extraídos de la soja. A diferencia de la píldora tradicional, esta nueva no tendría impacto en el hígado ni favorece el desarrollo de tumores o problemas cardiovasculares.

Para sustituir a la progesterona que se usa actualmente, otra alternativa es la progesterona natural micronizada. Como explica Valls, «hay dos tipos de progesteronas: la que se pone en los anticonceptivos hormonales, derivada de la hormona masculina, y la progesterona natural micronizada, más parecida a la que genera la mujer, y que es la que se utiliza en reproducción asistida cuando se implanta un embrión. Se les da progesterona natural micronizada durante

tres meses para que aguante el embarazo, hasta que tenga la placenta correcta».

«Esta es la que puede ayudar en la segunda fase de ciclo a mujeres que tengan mucho dolor, incluso hay trabajos que apuntan que un 50 % de casos de endometriosis podrían mejorar con esta progesterona. Es una aliada muy buena, pero muy mal estudiada en las facultades de medicina —indica la endocrinóloga—. No se enseña porque hay una experiencia negativa de haber dado progestágenos, y no les han explicado que hay una diferencia bioquímica esencial: hay unas que son iguales a la de la mujer y unas que se parecen a las del hombre; y esas no nos van».

> *Tengo síndrome de ovario poliquístico y hay poquísima información e investigación sobre él, siendo una de las principales causas de infertilidad. La única solución que se suele ofrecer es el tratamiento con píldora anticonceptiva, que no hace más que «silenciar» los síntomas, pero no soluciona ni los alivia a largo plazo.*
>
> *Anónima, 33 años, A Coruña.*

Las jóvenes abandonan la píldora

Los últimos datos sobre el uso de anticonceptivos en España ofrecen, por primera vez, la constatación de una tendencia: las mujeres nacidas de 1981 en adelante están dejando de tomar la píldora. El salto es mucho más acentuado en la Generación Z (nacidas a partir de 1996) que en las *millennials*.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Anticoncepción de la Sociedad Española de Contracepción (SEC), en 2021 era el 21 % de las españolas las que la tomaban, un año más tarde era el 17 %. Las jóvenes están abandonando la píldora en un momento en el que la formulación es más segura y está mejor estudiada que la que tomaban sus madres e incluso sus abuelas. Y no solo está pasando aquí.

La respuesta no es universal, pero contiene una mezcla de mala reputación de las hormonas por los incontables testimonios que se pueden encontrar hoy día en los foros femeninos y que la píldora es contemplada como algo obsoleto por una generación de mujeres con conocimientos y herramientas —desde las aplicaciones para seguir día a día el ciclo menstrual a relojes inteligentes o pulseras que avisan de la ovulación— para permitirse vivir sin ese chute extra de hormonas y sus efectos secundarios. Además, es justo reconocer que casi toda la innovación en tratamientos está viniendo por el lado de los dispositivos intrauterinos o anillos, la categoría que más crecimiento está registrando, así como parches e implantes. Son productos que no contienen hormonas o las contienen en dosis mucho menores, que además permiten ser más selectivas. Es decir, los tratamientos hormonales no han muerto en absoluto, pero la píldora está herida.

> *Estuve utilizando la píldora hasta que decidí ser mamá y luego opté por el DIU de cobre para evitar tanta hormona, pero con el de cobre los sangrados eran brutales, con anemias. Entonces probé con el DIU hormonal y todo bien hasta que una ginecóloga me dijo que se había desplazado, seguramente por el uso de la copa menstrual, algo que otro profesional me negó categóricamente. Tuve que ponerme un DIU hormonal nuevo, pero sigo sangrando mucho.*
>
> *María, 46 años, Madrid.*

En la primavera de 2023, varias influencers de TikTok[158] iniciaron campañas simultáneamente promocionando un método llamado método de conciencia de la fertilidad[159] que consiste, básicamente, en utilizar apps para *trackear* tu ciclo y protegerte solo en aquellos días en los que puedes tener un embarazo no deseado. Su percepción sobre la píldora anticonceptiva, sin embargo, es muy negativa: «Cuando piensas que eres fea, te odias a ti misma, tienes cero deseo sexual y te sientes como un robot cada día, pero te das cuenta de que es porque estás tomando anticonceptivos», posteaba una de las jóvenes que usaban el hashtag #gettingoffbirthcontrol (quitándome de la píldora), que alcanzó los siete millones de visualizaciones.

Los médicos estaban alarmados. La que hasta hace poco ha sido la llave para desactivar los problemas menstruales tiene un problema reputacional entre la nueva generación de usuarias. Cada vez más gente en Occidente, en particular aquella que no sufre de trastornos menstruales severos, quiere probar alternativas[160] sin hormonas.

> *Durante años tomé la píldora sin descanso para no tener la regla, pero ahora me siento mejor no tomando nada y dejando que mi cuerpo haga lo que quiera.*
>
> *Clara, 37 años, Madrid.*

«Esto me lo encuentro muchísimo en consulta», dice Xusa Sanz. «Chicas que me dicen: "Yo tomo la píldora y la quiero dejar", y les pregunto: "¿Por qué la quieres dejar?". "Porque me han dicho que la píldora es mala", y el caso es que a esas pacientes en concreto les mejora la calidad de vida», explica.

«Si dejas la píldora y puedes compensarlo con el estilo de vida, maravilloso, pero a veces es muy difícil porque tienes dos hijos, porque no tienes tiempo de entrenar, porque no tienes un sueldo que te permita comer ecológico y libre de disruptores, porque vives en una ciudad, porque vas de culo con tu trabajo… es el contexto muchas veces lo que nos marca que no podamos hacer más», añade.

> *Hace falta investigación médica ginecológica. No se puede responder a todo con la píldora. ¿Cómo vamos a superar un problema maquillando síntomas en vez de solucionando causas?*
>
> *Marina, 39 años, Cantabria.*

La píldora acompañó a la liberación de esa mujer que en la segunda mitad del siglo xx salía de casa para trabajar en igualdad de condiciones. Fue el pequeño secreto que les permitió recortar la ventaja que les llevaban laboral y socialmente los hombres…, aunque a costa de la salud de muchas de ellas. Ahora muchas mujeres han decidido que la igualdad real consiste en que nadie tenga que recibir una dosis extra de hormonas, pero llegar a ese escenario requerirá de muchos cambios en nuestras sociedades. Un mundo en el que la píldora no sea necesaria.

«Hasta que se investiguen nuevas dianas terapéuticas es una opción, y suerte que la tenemos, porque es fácil demonizar, pero hay gente a la que le salva la vida tomarla», dice Sanz.

Quizá, para contemplar ese amanecer de los estudios sobre las causas y consecuencias de la menstruación sea necesario presenciar al mismo tiempo el ocaso de la píldora, su principal problema y solución.

143 Jensen, J. M., «The Evolution of Margaret Sanger's "Family Limitation" Pamphlet, 1914-1921», *Signs*, 1981.

144 Fundó en Brooklyn, Nueva York, la primera clínica de anticoncepción de Estados Unidos, que más tarde se convirtió en la American Birth Control League o Liga Americana de Control de Natalidad y, en 1942, en la organización no gubernamental Planned Parenthood que hoy cuenta con un presupuesto anual de más de 1300 millones de dólares.

145 Pendergrass, D. C.; Raji, M. Y., «The Bitter Pill: Harvard and the Dark History of Birth Control», *The Harvard Crimson*, 28 de septiembre de 2017.

146 Milne, J.; Pincus, G., «An Oral Contraceptive», *The Lancet*, 1958.

147 Decreto 2646/1963, que regulaba las especialidades farmacéuticas y su registro, distribución y publicidad.

148 *La historia de la anticoncepción en España en un solo click*, sitio web de la Universidad de Granada creado por Teresa Ortiz Gómez y Ágata Ignaciuk, 2018.

149 En diversos estudios se han identificado problemas asociados al uso prolongado de los anticonceptivos orales además de los ya mencionados (trombos, enfermedad cardíaca y cáncer), como por ejemplo migrañas, enfermedades de la vesícula o menor deseo sexual.

150 National Survey of Family Growth, en el original.

151 Wind, R., «Many American Women Use Birth Control Pills for Noncontraceptive Reasons», Guttmacher Institute, 2011.

152 VV. AA., «Combined oral contraceptive pills for treatment of acne», *Cochrane*, 2009.

153 Cita extraída de «What Is the Point of a Period?», *Scientific American*, 2019. El libro de Kissling es *Capitalizing on the Curse: the business of menstruation*, Book News, 2006.

154 VV. AA., «Oral Contraceptive Use as a Risk Factor for Premenopausal Breast Cancer: A Meta-analysis», *Mayo Clinic Proceedings*, octubre de 2006.

155 VV. AA., «Hysterectomy Trends: A Canadian Perspective on the Past, Present, and Future», *JOGC, (Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada)*, 2019.

156 Siendo precisos, las combinadas más típicas contienen progestina y etinilestradiol.

157 *Encuesta SEC de Anticoncepción en España*, Sociedad Española de Contracepción, 2022.

158 Stern, E., «Warning over new Gen Z TikTok trend urging women to quit the Pill because it 'makes you ugly, fat and depressed' - so what's the truth about the claims?», *Daily Mail*, 26 de abril de 2023.

159 Fertility Awareness Method, en el original.

160 Cravatts, S., «Patients and doctors are clashing about side effects of hormonal birth control», *STAT*, 6 de diciembre de 2023.

Capítulo 9. En busca de la «higiene» menstrual

En este preciso momento, unos 300 millones de personas están menstruando, el equivalente a toda la población de Estados Unidos. Según cálculos de UNICEF, más de 1800 millones en todo el mundo tienen actualmente edad de menstruar. Eso significa que entre cuatrocientas y quinientas veces en la vida tendrán que hacer uso de unos quince productos menstruales por periodo para los cerca de dos mil días que estarán sangrando durante toda su etapa reproductiva.

Estas cifras dan lugar a la fértil industria de la mal llamada «higiene» menstrual que durante décadas ha intentado ofrecer productos para retener, absorber, neutralizar, camuflar, detener o recoger la sangre, dibujándolo como algo sucio e insalubre que debía ser *higienizado*, especialmente a través de la publicidad[161]. Dentro de la cada vez más variada oferta de los estantes de farmacias y supermercados, las compresas siguen siendo el método estrella para recoger el flujo de sangre. Según nuestra encuesta, el 75 % de las personas con regla dicen utilizarla, seguida de un 70 % que prefieren tampones.

Pero en los últimos años dos nuevos métodos han aparecido con fuerza: las copas y las bragas menstruales, que son elegidas por el 41% y el 17% de las encuestadas respectivamente[162], cifras de consumo similares a otros estudios recientes[163].

Marta, de 31 años, reconoce que aún le cuesta probarlas: «Creo que falta información o promoción, aunque poco a poco voy conociendo a más gente que las usa». Sin embargo, Marien, de 43, hace ya cuatro años que usa la copa. «No puedo creer que jamás supiera de ella, cuando dado lo abundante de mi flujo, me hubiera solucionado muchos problemas. El tema del oligopolio sobre productos de limpieza también es algo que me gustaría tratar».

Un poco de historia

La búsqueda de un método menstrual eficaz ha sido un camino largo y sinuoso. Durante siglos los paños de franela o tela fueron prácticamente el único método para poder recoger la sangre en gran parte del mundo, sujetos con alfileres a las enaguas o superpuestos sobre la ropa interior. O sencillamente no se utilizaba ningún método, como recoge el libro *The New Natural Healing*, escrito a finales del siglo xix por el naturópata alemán Friedrich Eduard Bilz: «Muchas mujeres… no colocan nada en esa zona y además de los órganos sexuales externos, ropa interior, sábanas y cobertores, la parte inferior del vientre y los muslos están rígidos con sangre seca… y debido al prejuicio generalizado contra el lavado y cambio frecuente de ropa durante este tiempo, algunas mujeres, incluso las de mejor clase, a menudo están sucias en un grado casi increíble».

Por aquel entonces empezaron a surgir las primeras ideas para recoger o absorber la sangre, y aunque entre 1854 y 1915 se patentaron una veintena de inventos, unos tuvieron más éxito

que otros. Muchos de los productos menstruales actuales son en realidad evoluciones de algún sistema antepasado. Por ejemplo, las antiguas egipcias, hace unos 3500 años, ya fueron pioneras en el uso de tampones, elaborados con papiro enrollado para las más adineradas y con caña acuática ablandada para el resto. También en la Antigua Grecia se usaban, hechos de gasas de hilo que envolvían un trozo de madera.

El descubrimiento a mediados del siglo xix de unos pequeños organismos, llamados bacterias, dio lugar a las primeras patentes de modelos de usar y tirar para evitar las infecciones. El primero del que se tiene constancia apareció en 1880, cuando una empresa de Birmingham, Inglaterra, inventó la primera compresa desechable, hecha de lana, que se comercializó como «toallas para señoritas que viajan». Poco después, en 1896, Johnson & Johnson lanzó las compresas Lister, pioneras en Estados Unidos y hechas de algodón cubierto con una gasa.

Al principio las compresas se comercializaron puerta a puerta o por catálogo, y muy tímidamente fueron ocupando sitio en las estanterías de las farmacias y centros comerciales. Tal era el tabú en torno a la menstruación que Johnson & Johnson ideó un sistema de «cupones silenciosos» que se recortaban de las revistas femeninas para que las mujeres pudieran comunicar al dependiente qué querían sin tener que decirlo en voz alta. Sin embargo, su elevado precio influyó en su baja popularidad[164].

Curiosamente, la Primera Guerra Mundial cambió esa tendencia y marcó el avance en la industria menstrual de forma totalmente casual[165]. Las enfermeras francesas que curaban las heridas a los soldados se percataron de que la celulosa absorbía mucho mejor la sangre que el algodón, por lo que empezaron a fabricarse sus propias compresas con las sobras de los vendajes. Acabada la guerra, la empresa Kimberly-Clark, que fabricaba estas vendas, buscó nuevas formas de negocio y recogió la idea de las enfermeras para lanzar Kotex —aún hoy comercializadas con ese nombre— con el eslogan «simplifica los problemas a la lavandera»[166]. Ahora sí, en 1921, un año después de que se aprobase el voto femenino en Estados Unidos, era el momento perfecto para que un producto así prosperase, ya que la necesidad de mano de obra femenina para reconstruir el país tras la contienda mundial hacía necesarios sistemas con los que no tuviesen que ausentarse unos días al mes de su puesto de trabajo. De repente, hablar de productos menstruales en los carteles publicitarios ya no era tan tabú.

El uso de las toallas desechables fue de la mano del avance del consumismo estadounidense y de la incorporación de la mujer al mundo laboral, como dejó patente Lillian Gilbreth, una de las primeras mujeres ingenieras de Estados Unidos, en un estudio para la empresa Johnson & Johnson en 1927[167]. En él demostró que las mujeres que trabajaban fuera del hogar preferían usar compresas desechables, mientras que las amas de casa seguían usando sus propios paños.

Algo parecido ocurrió con los tampones. Fue un osteópata, Earle Haas, el primero en idear un modelo de tampón con aplicador, similar al que conocemos ahora, en 1929. Se inspiró en una amiga que se introducía un trozo de esponja para pasar el periodo con mayor libertad y pensó en la utilidad que tendría para personas como su mujer, que según algunas versiones era bailarina[168].

La patente de Haas pasó por varias manos hasta llegar a convertirse en Tampax, a principios de los cuarenta, cuando de nuevo en medio de una contienda mundial empezó a comercializarse en Estados Unidos. En su primer anuncio aparecía una mujer con mono de trabajo en una fábrica y el eslogan «las mujeres están ganando la guerra… de la libertad»,

dejando claro que las innovaciones en productos menstruales eran, de nuevo, consecuencia de un mercado que las necesitaba productivas a la vez que ocultaba sus periodos mientras trabajaban. «Las mujeres seguían estando limitadas en gran medida por discapacidades naturales. Tampax ha cambiado todo eso. Al hacerlo, ha liberado a las mujeres de hoy para la ardua lucha por la libertad; la tarea que no deja tiempo para días libres», remataba el cartel. La marca incluso llevó a educadoras —las *Tampax Ladies*— a los colegios para enseñar cómo se usaba ese nuevo artilugio desde que empezaban a tener sus primeros periodos.

Sin embargo, los recién llegados tampones debían superar otro escollo: en tanto que se trataba de un objeto que se introducía en la vagina, eran vistos como instrumentos que desvirgaban a las mujeres. Es un mito que sigue imperando en nuestros días, pese a que ni rompen el himen ni es nada comparable con una primera experiencia sexual. Incluso muchas décadas después, en los años noventa del siglo xx, Tampax puso en marcha una línea telefónica de información para aclarar esta y otras dudas.

Pero no solo las compresas y los tampones tuvieron un camino complicado hasta establecerse como una opción para la recogida menstrual. La copa, que tan moderna parece, tuvo su primera patente en el año 1932, aunque existían prototipos ya en 1867. Sin embargo, no tuvieron mucha aceptación, quizá por el hecho de que algunos sectores de la medicina veían con preocupación la seguridad de estos dispositivos y también la posibilidad de que, de nuevo, rompiesen el himen, estimulasen sexualmente a la mujer y/o fomentasen la promiscuidad[169].

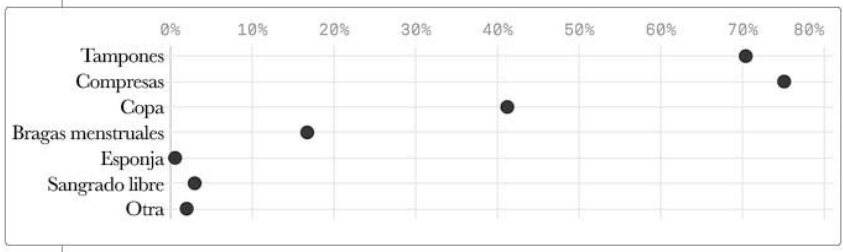
El primer modelo de copa menstrual con cierta fama fue el de la actriz e inventora Leona Chalmers, lanzado en 1956. La «Tassette», como se llamó, estaba fabricada con caucho blando, lo que permitía doblarla para sacarla con más facilidad, muy parecida a las que podemos encontrar ahora en farmacias, webs o supermercados. Se intentó promocionar como alternativa a los cada vez más habituales productos desechables, pero este motivo no caló entre las consumidoras ni aunque la revista *Obstetrics & Gynecology* valorase la copa de Chalmers como «segura, higiénica y cómoda». Finalmente, la empresa echó el cierre en 1973.

Tuvieron que pasar varias décadas para que la copa resucitase por tercera vez. Y cuando volvió, el tabú aún seguía ahí. A principios de los 2000, dos emprendedoras de Brighton se propusieron recuperar este sistema usando silicona, el material del que están hechos la gran mayoría de los modelos actuales. «A la gente le repugnaba nuestro proyecto», explicó Eileen Greene, una de las fundadoras y directoras de MoonCup al diario *The Guardian*[170]. «Nadie hablaba de la regla. Fuimos bastante radicales. Montábamos casetas en festivales y ferias y lo llamábamos la "zona de repulsión"; se formaba un semicírculo alrededor del puesto y la gente ni siquiera se acercaba». Diez años después, uno de sus carteles publicitarios provocó también varias quejas ante la organización que regula la publicidad en Reino Unido por usar la palabra *vagina* en el eslogan «Love your vagina» (quiere a tu vagina). Sin embargo, gracias al boca a boca, la empresa ha crecido de dos a cuarenta trabajadoras y sus ventas han aumentado un 98 % respecto a sus primeros años, según datos de 2019, pasando de vender en tiendas naturistas a sitios como la popular web de ropa y cosmética Asos.

La copa fue una bendición, soy predicadora, ¡ojalá me hubieran hablado antes de ella!

Esther, 40 años, Málaga.

¿Qué productos menstruales utilizas o utilizabas?



Una industria millonaria

La industria en torno a la menstruación ha influenciado históricamente la manera en la que la percibimos. Y el mejor ejemplo llega precisamente mientras escribimos este libro. Durante el verano de 2023, nos topamos con la noticia de que los productos menstruales no solo se promocionan con líquidos azules que nada tienen que ver con la menstruación: es que ni siquiera en los ensayos y pruebas que se hacen con ellos se utiliza sangre de verdad.

Según una investigación de la Universidad de Ciencia y Salud de Oregón, Estados Unidos, la mayoría de empresas de productos menstruales utilizan agua o soluciones salinas para medir su absorción, lo que provoca un desajuste entre la capacidad absorbente con la que se anuncian y la que realmente tienen, que en realidad es mayor. Así, es imposible que las consumidoras sepan realmente cuánto manchan, lo que puede tener consecuencias en su salud. «Los diagnósticos de hemorragia menstrual intensa pueden pasar desapercibidos porque los médicos no saben cuánta sangre contienen los distintos productos menstruales», explicó la doctora Bethany Samuelson, autora del estudio.

La industria menstrual generó en 2021 unos ingresos de 22.200 millones de dólares a nivel global, y se espera que para 2028 llegue a los 32.290, según un estudio de la consultora Brandessence[171]. Las tres más importantes, Procter & Gamble (Tampax y Evax), Edgewell Personal Care (o.b., Carefree) y Kimberly-Clark (Kotex) tienen además algo en común: son todas estadounidenses[172].

Allí fue también donde los productos menstruales empezaron a introducirse en las escuelas. La primera que tuvo la idea fue Kimberly-Clark, encargando un corto de diez minutos a la productora de Walt Disney en 1946. *La historia de la menstruación*[173], como se llamó, contaba el proceso biológico del ciclo menstrual así como consejos sobre cómo sobrellevarlo. Junto a las copias del film se distribuyeron también folletos para maestros y estudiantes con publicidad de sus productos y recomendaciones nada sutiles para usarlos.

Algo similar ocurre desde hace unos años con las webs de este tipo de empresas. La promoción de sus productos se entremezcla con historias inspiradoras, materiales divulgativos sobre el embarazo, el flujo vaginal o el aparato reproductor, diarios menstruales y consejos para adolescentes, adultas, padres y profesores. Algunos sitios incluso incorporan pequeños juegos para adolescentes. «La línea entre el entretenimiento y la publicidad es tan borrosa que parece que ya no existe», opinan Stein y Kim, las autoras del libro *Flow* sobre este tipo de contenidos.

Pero el mayor transmisor de un relato sobre la menstruación por parte de la industria ha sido la publicidad televisiva. Hablar de la regla en la publicidad ha estado rodeado de prejuicios hasta el siglo xxi, ya sea cambiando la sangre por líquidos de colores o atribuyendo a las compresas propiedades casi sobrenaturales. Como resume muy hábilmente la enfermera y nutricionista Xusa Sanz: «Que no se vea, que no se huela, que no se note; en definitiva, que parezca que no estás menstruando». De hecho, hasta 1985 no se pronuncia la palabra «periodo» en un anuncio de la televisión, con un anuncio lanzado por Tampax en EE. UU. y protagonizado por Courteney Cox Arquette[174].

En España, varias generaciones han crecido con los anuncios de Evax, que marcaron la forma en la que han visto la menstruación, especialmente el de «¿A qué huelen las nubes?» y el de «Hola, soy tu menstruación», de 1999 y 2001 respectivamente. «El primer anuncio promociona un producto que "neutraliza el olor" y finaliza con el eslogan de la marca "te

sentirás limpia, te sentirás bien". El segundo anuncio muestra a una mujer vestida de rojo, que se presenta como la menstruación y acaba como presidiaria como consecuencia del uso del producto. Finaliza con el eslogan "Nueva Evax fina y segura, con Evax te sentirás libre". Las connotaciones negativas sobre la menstruación como suciedad, hedor, peligro y condena son evidentes», analiza la doctora en Psicología Noelia García Toyos en su tesis[175].

Los anuncios de productos menstruales han sido continuadores de esa imagen de la menstruación como algo sucio y vergonzoso. De hecho, a menudo se utilizan los términos «protección» o «íntimo» para referirse a ellos, que no es otra cosa que evitar que el flujo manche la ropa y se exponga así el secreto inconfesable. «Juegan con el miedo de las mujeres a ser descubiertas cuando menstrúan porque el descubrimiento significa estigma», apuntan las psicólogas Johnston-Robledo y Chrisler[176].

La obsesión con la limpieza durante los días de sangrado ha llevado a generaciones de mujeres a realizarse periódicamente duchas vaginales que, lejos de ser higiénicas, provocan alteraciones del pH natural de la vagina y un mayor riesgo de infección al introducir elementos externos. También el uso de desodorantes y otros productos que prometen eliminar el olor y suciedad de la menstruación está asociado a una mayor incidencia de escozores, picores o malestar en esa zona.

Ya durante los años veinte y treinta del siglo pasado se empezaron a comercializar polvos químicos y antisépticos para la ducha que evitasen el olor menstrual, y desde los años cuarenta se tiene constancia de la existencia de productos con fragancia, algo que se mantiene hasta nuestros días. Sin embargo, la sangre no tiene olor hasta que se expone al aire, y como mucho solo tiene un ligero recuerdo a hierro, siempre que sea sana. En las compresas, es la mezcla de este fluido con los geles y productos que las componen lo que le da un olor desagradable. Si huelen mal, las empresas consiguen un objetivo nada desdeñable: que las mujeres cambien con más frecuencia de tampón o compresa y, por tanto, compren más.

A lo largo del tiempo los tampones y, especialmente, las compresas han ido cambiando su composición en función de las modas, los materiales disponibles o las preocupaciones de la sociedad sobre su seguridad: del algodón pasaron a la celulosa, las fibras sintéticas, con plásticos… Pero conocer la receta de estos productos ha sido casi siempre una tarea imposible debido al secreto industrial. Hasta noviembre de 2015, no se conoció de qué estaban hechos los Tampax, gracias a la presión de organizaciones de mujeres y la petición en Change.org de una estudiante francesa de 19 años que llegó a 260.000 firmas en un año, lo que hizo que Procter & Gamble tuviese que pronunciarse[177]. Desde entonces, se sabe que su interior está compuesto de algodón y rayón, mientras que el aplicador suele ser una mezcla de rayón y materiales plásticos como el poliéster y el polipropileno.

Sin embargo, lo que declaran y lo que llevan no siempre coincide. En un análisis de la organización Women's Voices for the Earth de 2018 —que hace campaña por la eliminación de sustancias tóxicas en productos sanitarios—, detectaron químicos en varias marcas que no se incluían en su lista de materiales, como el disulfuro de carbono, el cloruro de metileno, el tolueno y el xileno (tóxico para el sistema reproductivo)[178]. En otros estudios de la misma organización encontraron disruptores endocrinos como parabenos y ftalatos, así como químicos antibacterianos como el triclosán[179].

> *El uso de la copa ha hecho que conozca mucho mejor mi cuerpo, mis ciclos y que tenga muchas menos molestias.*

Libertad, de 35 años.

Aun así, afirmar o desmentir que los productos menstruales tienen consecuencias nocivas para la salud es una tarea pendiente, y complicada. En 2022, una revisión de 23 estudios que analizaban la composición de los productos menstruales (incluido el de Women's Voices) concluyó que, aunque todos ellos detectaron concentraciones químicas ambientales en mayor o menor concentración[180], la evaluación de la exposición y el riesgo que suponían no estaba tan clara, sobre todo por la falta de estudios sobre la absorción de estas sustancias a través de la mucosa vaginal y vulvar.

Mientras que la Administración de Alimentos y Medicamentos estadounidense considera que las cantidades de estas sustancias son mínimas como para causar un perjuicio, algunos biólogos creen que la permeabilidad de la vagina y la acumulación de toxinas no las hace del todo inocuas[181]. Y aunque no alcancen niveles cancerígenos, las dioxinas sí pueden complicar patologías como la endometriosis.

«La exposición a las dioxinas que resulta de llevar tampón es miles de veces menor a la que aporta la alimentación», explica la doctora Jen Gunter en su libro *La biblia de la vagina,* quien además advierte sobre las nuevas tendencias de consumo surgidas por esa creciente preocupación por la seguridad. «No hay diferencia entre los niveles de estos compuestos químicos en tampones ciento por ciento algodón comprados en tiendas ecológicas frente a las mezclas convencionales de algodón y rayón»[182].

Las marcas están recogiendo el testigo de esa preocupación creciente por lo que se introducen las personas con menstruación en la vagina, anunciando cada vez más productos «orgánicos» o libres de ciertos químicos, aunque no es suficiente. «Una empresa puede afirmar que sus productos están libres de tal y cual residuo, pero si no aparece en la página web y no está publicado en una revista académica, se trata de una afirmación vacía», opina Gunter.

En España, los productos menstruales no están regulados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, ya que en la Unión Europea se consideran «productos de consumo general», dentro de la Directiva General de Seguridad del Producto que solo les exige ser «seguros», pero sin especificar cómo.

«Tenemos que partir de la base de que en principio todo pasa sus controles de calidad. Lo que ocurre es que hay cosas que no se estudian, así que no las podemos saber. Ante la duda, prevención, pero tampoco locura», explica Sanz. «Por ejemplo, los disruptores endocrinos en realidad están en todos sitios, no solo en los productos menstruales. Sería como decirle a la gente que se meta en un agujero y no salga».

El desconocimiento sobre las distintas opciones para recoger la menstruación sigue siendo un problema a la hora de elegir qué método es el más adecuado para cada persona. Según nuestra encuesta, un 53 % de las mujeres aseguraron que les falta o ha faltado información sobre las distintas alternativas; y un 38 % querría saber más sobre el impacto que estos productos tienen en su cuerpo.

Además, la falta de certezas en torno a las sustancias tóxicas de los productos menstruales también da lugar a la desinformación. Por ejemplo, aún persisten bulos en torno al uso de amianto o glifosato (un tipo de herbicida), sin que se haya demostrado nunca la presencia de estas sustancias en tampones o compresas.

El uso de productos menstruales tiene otro efecto más allá de los cuerpos: el impacto medioambiental. Se calcula que una persona con menstruación usa de media unos 8000 y

17.000 tampones o compresas a lo largo de su vida. Y una compresa convencional tarda unos 500 años en descomponerse.

«A razón de 45.000 millones de protecciones periódicas desechadas por año, el volumen es tal que si las pusiéramos unas detrás de otras, cubrirían la distancia comprendida entre la Tierra y el Sol», calculaba Jessica Gitsham, de Natcare, en el libro *Esta es mi sangre*, de Élise Thiébaut.

Un estudio de Zero Waste Europe[183], una fundación para la prevención de residuos y consumo, calcula que la huella de carbono de una persona que usa tampones es de 5.2 kilos de CO_2 al año, mientras que usar la copa supone solo unos 0.04 kilos. Además del impacto en la elaboración o recolección del algodón (según sea sintético u orgánico), hay que tener en cuenta que el 90 % de los tampones y el 6 % de las compresas es plástico.

Tras la llegada de productos nuevos de la mano de iniciativas pequeñas, la gran industria ha empezado a recoger ese creciente interés por productos más ecológicos, económicos o seguros. Mercadona, por ejemplo, sacó a la venta en 2022, cajas de tampones con aplicadores reutilizables y ya en 2020 había sacado su copa de marca propia.

Las copas y las bragas menstruales han resurgido gracias a pequeñas empresas e iniciativas, algunas financiadas mediante *crowdfunding* (como las bragas Cocoro en 2016 o la copa GlupCup! en 2019), pero las grandes corporaciones no han tardado en subirse al carro.

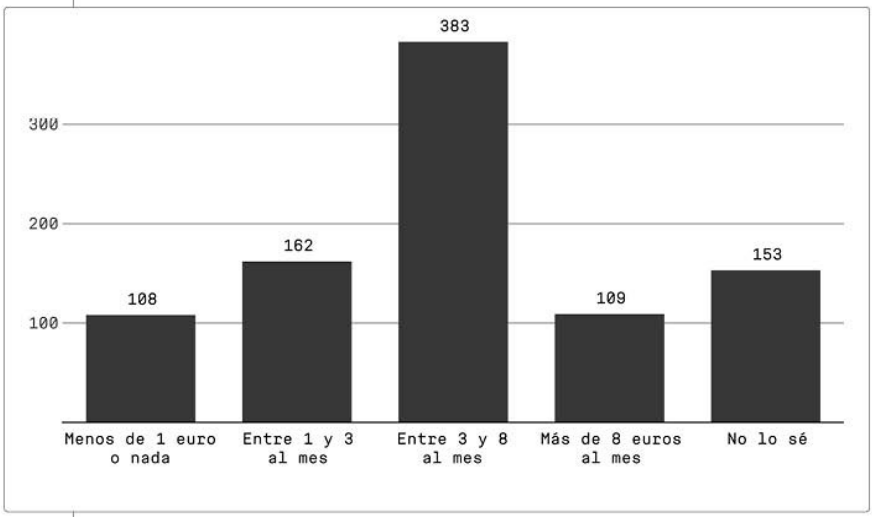
En 2021 Primark lanzó sus primeras bragas menstruales, unos seis años después de que empezasen a publicitarse las primeras[184], y desde hace tiempo pueden encontrarse también en cadenas de lencería como Etam o Women'secret. Hasta Tampax se ha rendido a la revolución de la copa y ha sacado su propio modelo, compitiendo en los estantes con sus tampones.

Entonces, si opciones como la copa o las bragas son más ecológicas, seguras y económicas, ¿por qué su uso es mucho más minoritario? Además de por costumbre y una inversión publicitaria mucho menor, algunos estudios sugieren que las personas con más vergüenza por su cuerpo y su periodo son más reacias a usar métodos reutilizables, ya que implica un mayor contacto con la sangre y sus órganos reproductivos, una animadversión que disminuye con la edad[185].

> *Soy muy feliz desde que descubrí la copa menstrual, las bragas menstruales, las compresas de tela… Pero todo esto ha requerido de muchísima autoformación y de buscar alternativas, y me ha llegado siempre por amigas, porque parece que la industria se sigue empeñando en que continuemos gastando en compresas y tampones.*
>
> *Rocío, 36 años, Madrid.*

¿Cuánto gastas o gastabas al mes en productos menstruales?

915 respuestas



Pobreza menstrual

Periódicamente los productos menstruales han ido incorporando innovaciones que han dado lugar a nuevos artículos en los estantes de los supermercados: compresas con alas, negras, para tangas, más absorbentes, tampones con aplicador, con punta suave, compactos… Y cada nueva ocurrencia suele conllevar un aumento de precio, ensanchando la brecha entre las que pueden o no hacer uso de ellos.

Casi la mitad de las mujeres que respondieron a la encuesta para este libro (el 42 %) aseguraron gastar entre 3 y 8 euros al mes en productos menstruales. Esto son entre 36 y 96 euros al año. A lo largo de toda una vida menstrual (unos 40 años), supone un gasto de entre 1440 y 3840 euros en total. Por supuesto, las hay que gastarán menos (el 18 % gasta entre 1 y 3 euros al mes y un 12 % menos de un euro o nada); pero también más: un 12 % de las personas con regla aseguran gastar más de 8 euros al mes. Según la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU), la media de lo que gastan las personas con regla en toda su vida se encuentra en los 2234 euros, para un total de 15.000 unidades de productos menstruales[186].

En España, un 22.2 % de las personas con regla se ha enfrentado a dificultades económicas a la hora de adquirir estos artículos en algún momento, según el estudio «Equidad y salud menstrual», del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol)[187]. Además, hasta el 39.3 % no podían costearse el producto de su elección. Es algo que afecta más a las personas migrantes, en situación precaria, o no binarias. Algunas han tenido que usar papel higiénico (11.4 %), o pañales (4.3 %) para suplir esa carencia.

En la Unión Europea, el índice de pobreza menstrual es similar al español, en torno al 20 %. A pesar de que una de cada cinco mujeres con dificultades para acceder a tampones, compresas u otros productos es una cifra considerable, hay países donde la brecha es aún mayor. En Kenia, la dificultad de acceso llega al 65 %, hasta el punto de que el 10 % de las adolescentes, según se calcula, se ven obligadas a prostituirse a cambio de estos productos[188]. La falta de productos menstruales da lugar a más complicaciones médicas por el riesgo de infección, así como a un mayor absentismo escolar. Y no solo en regiones vulnerables: en una ciudad como Nueva York se observó un aumento en la asistencia del alumnado femenino después de aprobar en 2016 el reparto gratuito de productos menstruales[189].

Para remediar ese problema de acceso y lo que conlleva, Kenia fue el primer país en suprimir los impuestos para las compresas y tampones en 2004. Ruanda, Australia, Canadá, India, Jamaica o Líbano, Irlanda, Reino Unido y diez estados en Estados Unidos son algunos de los que han seguido esa estela. Otros países, como Escocia han ido más allá y han empezado a ofrecer gratis tampones, compresas, y copas menstruales, que son distribuidos por ayuntamientos e instituciones educativas desde agosto de 2022. Ya en 2018 los escoceses fueron pioneros en repartirlos sin coste en centros educativos.

Mientras, en otros países siguen considerándose estos productos como bienes de lujo, como Hungría con un 27 % de impuestos; Croacia, Suecia y Dinamarca, con un 25 %, o Argentina con un 21 %, según un estudio de Amnistía Internacional de 2022[190].

> *Necesitamos más educación, más comprensión a nivel general y «de calle», más acceso (libre y gratuito) a productos de higiene en lugares públicos o que reciban algún tipo de subvención pública.*

Danae, 29 años, Islas Baleares.

En España, el colectivo Period Spain, surgido durante el confinamiento, lleva desde entonces visibilizando el problema de la pobreza menstrual y promoviendo campañas para su concienciación. «Un cura nos pidió ayuda para recoger productos de todo tipo, entre ellos menstruales. Se nos ocurrió distribuir copas, así que hicimos talleres con mujeres vulnerables y nos dimos cuenta de que tenían preguntas superbásicas, como que si poniéndose un tampón podían hacer pipí…», explica Inés Ylla, directora de proyectos de la organización. Desde entonces, no solo han distribuido materiales para la regla, además dan charlas y talleres para educar sobre salud menstrual.

Aunque en España arrancó en 2020, la organización se fundó en 2014 en Oregón, Estados Unidos, por dos estudiantes de instituto, y se ha ido expandiendo por todo el mundo hasta alcanzar cientos de voluntarias y voluntarios que de una u otra forma intentan derribar el tabú menstrual y reivindicar una menstruación digna.

«Cuando preguntamos cómo han experimentado su regla, vemos de todo. Mujeres que pensaban que se morían, que no entendían nada… Y muchos tabúes, hay quienes no quieren ponerse un tampón porque no pueden ni tocarse la zona, por miedo a perder la virginidad, por tocar sangre…», dice la voluntaria.

También han hecho presión para reducir el IVA de estos productos en España del 10 % al 4 %, llevando 70.000 firmas al Congreso de los Diputados en noviembre de 2021. Casi un año después, el Gobierno aprobó esta rebaja que entró en vigor en 2023, colocando estos productos al mismo nivel que el pan, la leche o las verduras. Supone un ahorro de entre 63 y 214 euros a lo largo de toda la vida menstrual, según el método utilizado[191].

«Impacta mucho el dato de cuánto se gasta, pero sobre todo impacta que exista pobreza menstrual, no somos conscientes de ello. Es una consecuencia de la pobreza, y de hecho hay mujeres para las que no tener qué ponerse es el menor de sus problemas porque igual no tienen ni para comer», explica Inés Ylla, directora de proyectos de la organización.

«Se buscan la vida reutilizando compresas y tampones, poniéndose un trapo… Hemos escuchado cosas bastantes impactantes, como usar papel de periódico o el cartón del rollo de papel como tampón… Eso puede generar problemas urinarios y psicológicamente supone una gran pérdida de dignidad porque, si no puedes salir de casa, o no puedes cambiarte en sitios adecuados, te limita una vida normal y pública», añade.

Aunque nunca estuvo al alcance de todas, la industria menstrual creció con la premisa de una mayor emancipación femenina, que pasaba por camuflar y someter la regla a los impases de la vida moderna. Y es difícil que esa imagen desaparezca tras siglos en los que sangrar una vez al mes era un acontecimiento rodeado de estigma y mitos que solo se han ido derribando con el avance de la investigación, la educación y el activismo menstrual.

[161] Por eso, en los últimos años, expertas y activistas abogan por erradicar ese término y hablar simplemente de «productos menstruales».

[162] Hay que tener en cuenta que muchas mujeres usan más de un método durante los días de sangrado, de ahí que la suma de todas sea mayor al 100 %.

[163] Por ejemplo, el proyecto «Equidad y Salud Menstrual», iniciado en 2023 por el Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) también señala un 75 % de uso de compresas y tampones y un 48 % de la copa entre 22.000 participantes.

[164] Hufnagel, G. L., *A History of Women's Menstruation from Ancient Greece to the Twenty-First Century: Psychological, Social, Medical, Religious, and Educational Issues*, Edwin Mellen Press, 2012.

[165] Kotler, J., «Una breve historia de los productos menstruales modernos», *Clue*, 20 de noviembre de 2018.

[166] Se puede ver el anuncio en http://www.mum.org/kotnov21.htm

[167] Simplemente conocido como «Informe de Lillian Gilbreth, 1 de enero 1927», fue el primer estudio sobre productos menstruales del que se tiene noticia.

[168] Fetters, A., «The Tampon: A history», *The Atlantic*, junio de 2015.

[169] Renault, M. «Menstrual cups were invented in 1867. What took them so long to gain popularity?», *Popular Science*, agosto de 2019.

[170] Stevens, J., «People were revolted»: how Mooncup bust period taboos and built a big success», *The Guardian*, 24 de octubre de 2019.

[171] «Feminine Hygiene Market Size is projected to reach USD 32.29 Billion by 2028, growing at a CAGR of 5.50 %», Brandessence Market Research, octubre de 2022.

[172] Aunque hay que tener en cuenta que su cartera incluye muchos otros productos.

[173] Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=43xSDgksA14

[174] Después mundialmente conocida como Monica Geller, de la serie *Friends.*

[175] García, N., *Discursos en torno a la menstruación: representación social, vivencia del ciclo y medicalización de la fase premenstrual* (tesis doctoral), Universidad de Sevilla, consultado online, 2021.

[176] Johnston-Robledo, I.; Chrisler, J., «La marca menstrual: la menstruación como estigma», *El manual Palgrave de estudios críticos sobre la menstruación*, 2020.

[177] E. C., «Tampax cede a las presiones y revela de qué están hechos sus tampones», *20 minutos*, 31 de octubre de 2015.

[178] «New Tampon Testing Reveals Undisclosed Carcinogens and Reproductive Toxins», Women's Voices for the Earth, mayo de 2018.

[179] «What's in Period Products? Timeline of Chemical Testing», Women's Voices for the Earth, marzo de 2020.

[180] Upson, K.; Shearston, J. A.; Kioumourtzoglou, M. A.; «Menstrual products as a source of environmental chemical exposure: A review from the epidemiologic perspective», *Current Environmental Health Reports*, marzo de 2022.

[181] Fetters, A., «The Tampon: A history», *The Atlantic*, 1 de junio de 2015.

[182] Gunter, J., *La biblia de la vagina*, Libros Cúpula, 2021.

[183] Cabrera, A.; García, R., «Single-use menstrual products, baby nappies & wet wipes», Zero Waste Europe, noviembre de 2019.

[184] La BBC citó el caso de la empresa «Dear Kate» como pionera en el desarrollo de esta tecnología, aunque se cree que existen desde al menos mediados de los noventa.

[185] Renault, M., «Menstrual cups were invented in 1867. What took them so long to gain popularity?», *Popular Science*, 2019.

[186] «Tener la regla se paga caro», OCU, enero de 2021.

[187] «4 de cada 10 mujeres en España no se ha podido permitir el producto menstrual de su elección», IDIAPJGol.

[188] Phillips-Howard, P., «Menstrual Needs and Associations with Sexual and Reproductive Risks in Rural Kenyan Females: A Cross-Sectional Behavioral Survey Linked with HIV Prevalence», *Journal of Women's Health*, octubre de 2015.

[189] Alonso, V., «La menstruación y otras barreras a la educación de las niñas», Amnistía Internacional, consultado online, diciembre de 2021.

[190] Alonso, V., «La menstruación y los derechos humanos», Amnistía Internacional, consultado online, mayo de 2022.

[191] S. C., «Hasta 214 euros te ahorrarás en higiene menstrual con la nueva rebaja del IVA propuesta por el Gobierno», *El Periódico de España*, 29 de septiembre de 2022.

Capítulo 10. A dónde vamos: el activismo

Cuando una amiga le propuso a Carolina Ackermann ir a una charla sobre menstruación, lo primero que pensó fue «vaya rollo». «Yo solo sabía que menstruaba, nunca padecí mucho dolor ni molestias, y no tenía presente el ciclo, así que no tenía ningún interés en ir. Pero acepté y fue una revolución en mi vida, tanto por el autoconocimiento como por empezar a divulgar y difundir». Para esta uruguaya afincada en Barcelona supuso un primer paso hacia el activismo que más tarde la llevaría a fundar la asociación La vida en rojo, desde donde han hecho encuentros formativos y han impulsado estudios sobre la menstruación.

En el caso de Almu, de Badajoz, a sus 33 años internet le está brindando una manera de conocerse como nunca antes había experimentado. «He aprendido más de la menstruación en los últimos dos años buscando por mi cuenta, escuchando pódcast y demás, que en el resto de mi vida. Me parece increíble lo poco que se enseña (o al menos a mi generación) sobre un tema tan natural», explica en la encuesta.

En los últimos años, las experiencias individuales de millones de mujeres han encontrado en espacios virtuales o reales un lugar donde coincidir, haciendo sus problemas personales más universales que nunca y facilitando la movilización hacia unos objetivos comunes.

Cuentas de Instagram, grupos de apoyo, talleres, charlas… las iniciativas que pretenden hacer activismo, divulgación y presión mediática en torno a la menstruación son tantas que es imposible contabilizarlas todas, pero lo que está claro es que el tabú menstrual ha empezado a resquebrajarse al paso de las demandas del feminismo al que, por otro lado, siempre ha ido ligado.

Las olas del activismo menstrual

La periodista Gloria Steinem, Premio Princesa de Asturias en 2021, fue de las primeras en poner sobre la mesa la desigualdad de las mujeres en el hecho de menstruar con su famoso texto «Si los hombres menstruaran» donde imaginaba un mundo muy distinto en el que el sangrado sería celebrado, los dolores atendidos y los productos accesibles. «La menstruación sería un acontecimiento de hombres, totalmente envidiable y del que se podría presumir», satirizaba en el texto publicado en 1978 en su revista *Ms. Magazine*. «Los hombres hablarían del tiempo de duración y de la cantidad de su periodo. Los muchachos celebrarían el inicio —ansiada prueba de su masculinidad— con rituales religiosos y fiestas solo para hombres. El Congreso subvencionaría el Instituto Nacional de la Dismenorrea para combatir las molestias del mes».

El feminismo de los años setenta del siglo xx, del que formó parte Steinem, colocó, por primera vez, el cuerpo en el centro de sus reivindicaciones. El lema «lo personal es político» caracterizó esta segunda ola, apelando a que debía reivindicarse la dimensión política de las

experiencias personales, privadas, íntimas, y cuestionarse su conexión con las grandes estructuras sociales y políticas. Si la primera ola, la ligada al movimiento sufragista, pretendía la igualdad en derechos y leyes, la segunda buscaba ampliarla también a lo laboral y académico. Y estaba especialmente enfocada en los derechos sexuales y reproductivos, en tanto que elegir sobre su maternidad les proporcionaba la libertad necesaria para planificar una carrera académica y laboral.

Así, empezaron a surgir en Estados Unidos a finales de los años sesenta e inicios de los setenta los primeros grupos de autoconocimiento y autoexploración, donde la menstruación y el funcionamiento del ciclo despertaron un gran interés. En esas reuniones solía haber espéculos ginecológicos y se animaba a las mujeres a echar un vistazo a sus vaginas —a menudo por primera vez— ayudadas de un espejo. Su irrupción coincidió con la comercialización de la píldora anticonceptiva, vista por aquel entonces como un signo de la emancipación femenina.

De esa época es la icónica pieza de la artista Judy Chicago, *Red flag* (bandera roja). Se trata de un autorretrato de su vulva mientras saca un tampón manchado de sangre, con el que buscaba visibilizar la menstruación con un gesto tan cotidiano para millones de mujeres. El mejor ejemplo del desconocimiento que había entonces es que, según ella misma contó, mucha gente lo confundió con un pene sangrando[192].

En la década de los setenta nació también la Society for Menstrual Cycle Research, una organización donde expertas pioneras en el estudio de la menstruación provenientes de distintos países y disciplinas comparten sus conocimientos aún hoy.

Pero el acontecimiento más determinante en el nacimiento del activismo menstrual es probablemente la publicación del libro *Our Bodies, Ourselves*, que supuso un antes y un después en el conocimiento de las mujeres sobre su cuerpo. Su origen es tan casual como inevitable. En una conferencia de salud femenina celebrada en la universidad Emmanuel College de Boston en 1969, las asistentes empezaron a exponer ante los médicos sus experiencias personales y problemas de salud. Sin embargo, una tras otra, solo recibieron balones fuera como respuesta, sin certezas ni evidencias que aplacasen las ganas de saber qué les ocurría ahí dentro. Eso las frustró tanto que empezaron a organizarse para recopilar por sí solas información sobre aspectos como la sexualidad, la reproducción, el aborto, la orientación sexual o el ciclo menstrual. De ese trabajo surgió un fanzine que distribuyó miles de copias sin ningún tipo de publicidad y con el popular precio de 0.75 dólares. Luego se transformó en un libro que aunaba historias personales con fuentes científicas, del que se han vendido cuatro millones de copias en todo el mundo y que ha sido traducido a varios idiomas. Aunque en España no se editó hasta 1982, se sabe que años antes ya se difundía por círculos feministas.

> *De unos años a esta parte he decidido sobreponerme a esa vergüenza y hacerme «activista» de la regla: es decir, hablar sobre ella con naturalidad para contribuir a su normalización.*
>
> *Ana, 40 años, Madrid.*

En aquella década empezaron a alzarse también las primeras voces críticas con el uso de tóxicos en los productos menstruales, alarmadas por el escándalo del síndrome del shock tóxico[193]. El principal recelo a la industria menstrual se basaba en el abuso que esta hacía del desconocimiento de las mujeres sobre sus cuerpos para comercializar productos como «seguros» que en realidad perjudicaban su salud. Aun así, ha habido que esperar varias

décadas para que las grandes compañías empiecen a publicar la composición de sus productos, precisamente por la presión que han hecho las consumidoras y asociaciones de mujeres.

La desarticulación de la segunda ola feminista volvió a relegar la menstruación al ostracismo hasta hace unos años, cuando las movilizaciones de una nueva generación de mujeres y personas con menstruación ha vuelto a situarla dentro de sus reivindicaciones, que pueden resumirse en tres ámbitos. Por un lado, combatir la pobreza menstrual y el derecho a menstruar dignamente para todos los colectivos y minorías, como migrantes o reclusas. Por otro, promover una educación sobre el ciclo como un signo de salud, combatiendo los tabúes y bulos sociales. Y en tercer lugar, fomentar la investigación en ciencia y salud para conocer mejor los efectos del ciclo en el cuerpo y aspirar a una atención médica adecuada.

Sin embargo, algunas autoras identifican dos corrientes muy distintas en el activismo menstrual actual, ya que, aunque heredero del de los años setenta, ha tomado su propia forma. Por una parte, existe una vertiente radical que busca romper los tabúes y demanda una mayor investigación y educación en torno a los ciclos, no solo para las mujeres, sino para todas las personas que menstrúan, reconociendo que existen hombres con regla y mujeres sin menstruación, desligándolo así del género. Por otra, una corriente más espiritual que bebe de las tendencias *new age* y donde se reivindica el hecho biológico como un proceso pseudosagrado que empodera a las mujeres, incluso a través de rituales donde se busca la comunión entre ellas y la sacralización del cuerpo femenino, inspiradas en gran medida por los postulados del libro *Luna roja*, de Miranda Gray.

La sexóloga Irene Aterido es crítica con esta última corriente: «El movimiento de las "tiendas rojas" y facilitadoras del "sa(n)grado femenino" siempre había ido en paralelo al de la sociedad androcéntrica […]. Las terapeutas menstruales energéticas, holísticas, espirituales, de sexualidad femenina sagrada y enfoques naturalistas procuran un cierto empoderamiento de las mujeres que acuden a sus círculos a costa de emplear un feminismo esencialista, apelando al retorno a una "feminidad natural"», escribía en un artículo de la revista *Mujer y Salud*, en 2018[194].

Carolina Ackermann ha visto la evolución entre estos dos activismos desde aquella charla que le cambió la vida. «*Luna roja* fue un despertar de reconocerse en la sangre, sanar la relación con ella… y desde lo espiritual fue potente y aún lo sigue siendo. Pero sí que es verdad que el activismo ha resurgido en los últimos tiempos desde un lugar más reivindicativo, desde el conocimiento del ciclo, con políticas encaminadas a que todas las niñas, jóvenes, mujeres y personas que menstrúan accedan a educación y recursos», explica.

«Ambos modelos tienen en común la transformación del tabú y de la vivencia menstrual desde construcciones culturales distintas a la visión patologizante; también comparten la promoción del uso de tecnologías ecológicas y sustentables para el tratamiento de la sangre e incluso su visibilidad», explica la antropóloga del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Occidente de México, María del Rosario Ramírez Morales, para quien ambas corrientes también tienen en común el cuerpo «como espacio político» y la menstruación «como un proceso de resistencia»[195].

La gran novedad del activismo actual es que, por primera vez, está teniendo lugar en gran medida en internet. Las redes sociales han supuesto una manera de conectar entre comunidades y asociaciones con los mismos intereses, y una forma sin precedentes de divulgar y encontrar información de manera rápida y accesible para millones de mujeres. Prueba de ello es que actualmente existen decenas de cuentas en Instagram que divulgan sobre el ciclo

menstrual o sobre aspectos concretos, como la endometriosis o el síndrome premenstrual. Pero también, ejemplo de esa dualidad, abundan las publicaciones empoderadoras sobre sangrar una vez al mes, a menudo con mensajes que ensalzan más lo positivo y la vivencia del ciclo como una experiencia casi hasta divina. Una vuelta de tuerca que tampoco convence a todas. «Es fruto del postureo de las redes. La menstruación no es mala ni buena, es una parte de nuestra fisiología que tenemos que valorar como el quinto signo de salud. Hay que normalizarlo, pero tampoco hay que salir a la calle a gritarlo», considera Cristina Rubio, una de las fundadoras de la asociación AMBA, otra organización surgida en los últimos años en España que hace activismo menstrual.

> *Hemos pasado de ocultarla a validar en exceso este fenómeno que es incómodo y nos debilita. Creo que se puede hacer mejor. En la antigüedad biológica apenas se sufría porque era todo parir-amamantar-embarazarte-parir hasta morir. No creo que hoy día tenga mucho sentido aguantar la regla.*
>
> *Tere, 51 años, Madrid.*

Un caso paradigmático del cambio que ha supuesto internet en el activismo menstrual es el de Periods for Pence. Este movimiento arrancó en 2016, cuando el estado de Indiana, en Estados Unidos, empezó a debatir una reforma para endurecer el aborto que obligaba a que los restos de cualquier aborto, espontáneo o no, fuesen incinerados o enterrados. Como un óvulo fertilizado puede ser expulsado durante el periodo sin saberlo, cualquier menstruación podía considerarse un aborto en potencia y, por tanto, debía enterrarse. Esto provocó que decenas de mujeres llamasen a la oficina del gobernador de ese estado, Mike Pence (después vicepresidente de Donald Trump hasta 2021), para hablar sobre sus menstruaciones, «ya que está tan interesado en conocerlas», y publicasen las conversaciones en una página de Facebook bajo el nombre «Periodos para Pence». Las llamadas se volvieron tan constantes que la oficina del gobernador tuvo que cerrar sus líneas telefónicas, y se convirtió en una forma de protesta que el *New York Magazine* calificó de «*trolling* menstrual». Actualmente, la página sigue activa con casi 100.000 «me gusta».

Lo más interesante del movimiento no fueron las llamadas ocurrentes de las estadounidenses, sino que con ellas rechazaban la noción de que la menstruación es algo puramente reproductivo para empezar a considerarlo como un signo de salud que tiene multitud de implicaciones en la vida de las personas con menstruación. Además, surgió justo en el momento en el que el activismo menstrual volvió a coger fuerza y a colarse en la agenda pública. Precisamente 2015 fue considerado por la revista *Cosmopolitan* como «el año en que el periodo se hizo público», casi a la vez que *Newsweek*, que empezó también entonces a hablar de igualdad de género, feminismo y cambio social a través de la regla de las mujeres. «Nunca tendremos igualdad de género si no hablamos de los periodos, pero 2016 ha significado el comienzo de algo mejor que hablar: ha empezado la era del cambio menstrual», publicó el diario.

El interés de los medios ha sido palpable desde entonces. Si hasta el siglo xxi, *The New York Times* solo había usado la palabra *menstruation* en 729 ocasiones desde su fundación en 1851, desde el año 2000 ha aparecido 597 veces en sus noticias y reportajes, de las cuales más de la mitad (312), son posteriores a 2015, como puede comprobarse en su archivo. En España, los medios siguieron esa estela un poco después. *El País*, el periódico con mayor audiencia, dedicó en 2017 un extenso especial de 28 días con varios artículos relacionados con la menstruación

en el que participaron tres decenas de periodistas y colaboradores[196].

> *En general, a las mujeres nos han enseñado a odiar nuestra regla y a considerarla algo negativo. Es verdad que algunas veces aparecen molestias y en otros casos grandes problemas (en relación sobre todo a patologías como la endometriosis), pero deberíamos verla con otra perspectiva y a poder abordar con serenidad las molestias que a veces causa, y no normalizar los dolores graves, y buscar consejo profesional en este caso.*
>
> *Raquel, 40 años, Madrid.*

El boom de las educadoras

Es imposible desligar el camino del activismo del autoconocimiento del propio ciclo, un esfuerzo solitario que ha llevado a muchas a enseñar a otras convirtiéndose en educadoras menstruales. Se trata de una figura heredera de aquellas mujeres que quedaban para ver sus vaginas a través de un espejo y que está cada vez más extendida.

«Las activistas que empezamos a hablar de menstruación éramos normalmente asesoras de copa. Y luego ha habido un crecimiento exponencial, tanto de mujeres que están haciendo talleres como de emprendedoras que con la crisis de 2008 vieron en esto una salida, por ejemplo, con la confección de compresas o bragas menstruales. No hay una carrera en educación y bienestar del ciclo, así que nos vamos asesorando unas a otras, por eso yo empecé a ofrecer talleres y cursos en barrios, entidades…», explica Ackermann.

A veces es una mala experiencia personal la que desata la vocación por enseñar sobre el ciclo. Es lo que le pasó a Verónica Satrustegi, educadora menstrual desde 2015. «Tenía muchas migrañas y la neuróloga me dijo que era mejor que no tomase la píldora porque podía complicarlo más. Al tiempo fui al ginecólogo y me propuso tomarlas, directamente. Yo le conté lo que me había dicho la otra doctora y me contestó: bah, no tienes que preocuparte por eso. Me sorprendió que dos profesionales de la salud se contradijeran y empecé a estudiar por mi cuenta».

Ahora compagina sus estudios para ser profesora de primaria con talleres menstruales a mujeres de todas las edades y la divulgación de dos cuentas de Instagram, una en castellano y otra en euskera. «Es cierto que hay un boom ahora mismo de educadoras y pedagogas menstruales, creo que porque es un tema que genera curiosidad. De repente te das cuenta de que llevas veinte años viviendo con algo que no sabes cómo funciona», opina Satrustegi, quien se hizo educadora de manera autodidacta: «Hice cursos sobre nutrición, hormonas, salud, leí libros…, todo para traerlo a mi proyecto».

Convertirse en educadora, pedagoga o *coach* menstrual, es ahora mismo más fácil que cuando Satrustegi empezó. Internet ofrece un amplio abanico de cursos que abarcan desde los 300 a los casi 2000 euros. Estas «escuelas menstruales» son todas iniciativas privadas, a menudo de emprendedoras autónomas, ya que no existe hasta ahora en España —y nos atreveríamos a decir, en el mundo— ninguna formación reglada ni título propio que acredite para enseñar sobre el ciclo.

Además de consultas privadas, las educadoras y pedagogas menstruales suelen impartir talleres o charlas en los colegios e institutos, donde tímidamente van cogiendo presencia estos contenidos.

Navarra ha sido una de las pioneras en introducirlos, con un programa lanzado en 2018 que incorpora la educación sexual, emocional y reproductiva desde la escuela infantil al final de la educación secundaria, adaptada al nivel de cada etapa curricular. Es el único programa de coeducación en España que es obligatorio para centros públicos y concertados, aunque cuando se implantó provocó el rechazo de grupos conservadores[197].

En el resto de España, la presencia y contenido de este tipo de formaciones depende de la voluntad de cada organismo autonómico, municipal y hasta de las asociaciones de madres y padres de alumnos. Y aunque activistas y educadoras menstruales coinciden en que ha habido un aumento en el interés por incorporarlas en los últimos años, consideran que aún falta mucho por hacer: «Hay mucho desconocimiento en cuanto al ciclo menstrual, es algo que les pilla muy de nuevas en 5.º o 6.º de primaria. Por ejemplo, les llama la atención que no haya que quitarse la copa o el tampón para orinar», comenta Satrustegi. «Pero también vas viendo que saben más a medida que pasan los años, que se habla más del tema en casa, muchos ya saben lo que es una copa, por ejemplo. Y también entre los profesores hay mucho más interés, y eso es fundamental».

Según el estudio, «Educación y salud menstrual de las mujeres jóvenes en España», llevado a cabo por el Ministerio de Igualdad en 2023, solo un 30.7 % de jóvenes afirmó que les explicaron el ciclo menstrual en el colegio o instituto, y les aclararon sus dudas sobre este tema.

También desde asociaciones como AMBA promueven una educación menstrual que llegue a todas. «Cuando creamos la asociación teníamos claro que nuestro objetivo debía ser contribuir con acciones que acabasen con el tabú y el estigma en torno al ciclo y a la falta de información, defender la salud menstrual como un derecho. Por eso hacemos talleres sobre el ciclo menstrual, campañas con Latinoamérica, recogida de material, donaciones…», explica Cristina Rubio.

«Parece que hablar de menstruación es algo que corresponde a las familias y nos encontramos con mucho desconocimiento, porque se enseña de pasada y en 6.º de primaria, cuando se estudian los órganos reproductivos. Al final, lo que se hace desde las asociaciones es algo que no está dando el Estado o la sociedad. Lo ideal sería que no tuviéramos que existir», añade Rubio, que además de activista es psicóloga y trabaja en un colegio como educadora de alumnos vulnerables en primaria. «He visto niñas que no sabían lo que era la menstruación, con 11-12 años. Alguna sí lo sabe porque la tiene ya, pero aun así lo viven con vergüenza, no lo dicen. O piensan que es una vez al año, que da asco… ».

En estas edades las redes sociales están marcando la diferencia a la hora del acceso a la información respecto a generaciones anteriores. Pero, sin la educación adecuada, pueden convertirse en un arma de doble filo. «Hace poco niñas de 10 años me dijeron en una clase que habían visto en TikTok a una chica que decía que se bebía su sangre menstrual porque era bueno. Y claro, quizá más mayor tienes más capacidad para no creerlo, pero con esa edad no, y encima en TikTok, que es el canal donde ahora se informan…», explica Rubio.

De la copa al sangrado libre

La revolución menstrual actual también ha traído consigo nuevas formas de menstruar, donde destaca, por encima de todas, la copa menstrual. No solo es más barata, más segura y más

duradera que otros métodos, también permite un acercamiento distinto a la sangre, haciéndola más presente y visible en tanto que no se mezcla con otros materiales. Es lo que descubrió por ejemplo Diana, de 46 años, que contesta a la encuesta desde Medellín (Colombia). «Pensé, cuando usaba toallas higiénicas, que mi menstruación podía ser litros, ahora que uso la copa, entiendo que las toallas son escandalosas y que la menstruación es muy distinta a lo que imaginaba, su textura y cantidad no son escandalosas».

Quizá por eso, para muchas el primer paso hacia un mayor conocimiento de sus ciclos ha arrancado usando una de ellas. «La copa ha sido un producto bisagra entre los diferentes activismos menstruales tanto fuera como dentro de la red», analiza la antropóloga mexicana Ramírez Morales.

> *Si se hablara con transparencia y normalidad me habría ahorrado traumas, vergüenza y mucho dolor. Gracias al feminismo ya no me avergüenzo y lo llevo con orgullo. Cada vez me duele menos, porque he aprendido a conocerme y con la copa y las bragas menstruales la higiene es mucho mayor. Ojalá hubiera sabido todo esto hace años.*
>
> *Isabel, 37 años, de Madrid.*

Las hay también para quienes el uso de la copa ha supuesto incluso una forma de expresión artística, como la artista Jen Lewis, que empezó a hacer cuadros con su sangre tras empezar a usarlas. «Un día, después de vaciar mi copa menstrual, me fijé en la sangre que quedaba en mis dedos y comencé a preguntarme por qué la sociedad considera la menstruación como algo desagradable. La sangre, las referencias *gore* y la violencia gratuita están por todas partes en la cultura pop (noticias, deportes, películas, videojuegos, música…), pero la de la regla ha sido completamente borrada del paisaje visual», contaba en 2015 a la revista *S Moda* sobre su proyecto Beauty in Blood[198].

También la artista Rupi Kaur mostró sangre menstrual en su obra con una fotografía en su Instagram donde se ve a una mujer tumbada de espaldas con una mancha en su pantalón de pijama y otra a la misma altura, en las sábanas. A pesar de que la imagen, publicada en 2015, no mostraba ningún desnudo, actividad ilegal, autolesiones ni violencia, fue eliminada dos veces por el equipo de la red social. Solo se disculparon después de que la artista hiciese público el *baneo* en su Facebook: «Gracias, Instagram, por proporcionarme la respuesta exacta a lo que critica mi trabajo […]. Algunos se sienten más cómodos con la pornografía, la sexualización de la mujer, la violencia y la degradación de las mujeres que con esto»[199].

Mostrar la sangre menstrual, ya sea en forma de fotografías, usada como pintura, o expuesta en ropa manchada, suele ir siempre acompañado de polémica. Pasa en el arte, la publicidad y hasta en el deporte. En 2015, la música y activista de origen indio Kiran Gandhi decidió que sangrar no le iba a privar de correr la maratón de Londres y que tampoco quería hacerlo con la incomodidad de llevar un producto menstrual. Así que corrió sin ningún tipo de protección, dejando ver la sangre empapando sus mallas. «Estaba poniendo la comodidad de los transeúntes por encima de la mía», dijo tras la repercusión de su acción, que dio la vuelta al mundo, y que, como explicó después, también buscaba visibilizar la situación de miles de mujeres en la India que no pueden acceder a productos para recoger su sangre (más del 80 %).

Su caso fue el que puso sobre la mesa el *free bleeding* o sangrado libre. Si nunca has oído hablar de él, es posible que pienses que se trata de ir dejando la sangre correr a sus anchas manchando todo lo que pilla por su camino. Y aunque en ocasiones es así, sobre todo como

forma de protesta, también se utiliza este término para describir una técnica de expulsión controlada del sangrado.

> *Confío plenamente en que el sangrado debe expulsarse y verlo como algo natural; invertir y mejorar en nuestra comodidad, pero no en esconderlo, taparlo, como hace la copa, el tampón.*
>
> *Anónima, 31 años, Granada.*

Célia Cuenca lleva más de cinco años practicándolo y lo explica así: «Depende mucho de la persona, pero para mí consiste más en escuchar, parecido a aprender a orinar. Con el tiempo he aprendido a reconocer la sensación cuando tengo sangre y a retenerla».

Esta historiadora del arte descubrió que podía controlar su sangrado de casualidad, cuando ni siquiera había oído hablar antes de esta técnica. En un viaje en coche con su novio, y ante la falta de algo que ponerse para la regla que acababa de bajarle, decidió probar suerte y hacer el camino sin nada. Al llegar a su destino, y sentarse en el baño, un chorro de sangre salió como si hubiese estado esperando ese momento. «A la siguiente regla decidí quedarme en casa y luego fui poco a poco haciendo salidas, cada vez más lejos, y vi que podía hacerlo. Pero buscaba información y no encontraba nada», explica. Durante años había practicado danza del vientre, una afición que cree que la ha ayudado en este proceso, ya que el estado del suelo pélvico es fundamental para poder practicarlo.

El sangrado libre fue la forma en la que empezó a conocer mejor no solo cómo va cambiando su sangre con el paso de los días, también todo lo que tenía que ver con su ciclo, el método sintotérmico o lo que provocan las hormonas en cada fase. Incluso fue a una fisiosexóloga para conocerse mejor. «Hasta entonces sabía poco de la regla porque nunca me había dado problemas. Y para mí fue como algo mágico, al principio era como querer ir contándolo por la calle con un megáfono». En lugar de ponerse a dar voces a transeúntes desconocidos, decidió abrirse una cuenta en Instagram donde hace divulgación y comparte experiencias de otras mujeres que lo practican o quieren hacerlo. «Yo lo siento de una manera, pero hay personas que lo sienten de otra, porque cada una es distinta y depende de muchos factores», añade.

Por ejemplo, Leyre, madrileña de 25 años, experimenta menos dolores desde que practica el sangrado libre, aunque más miradas curiosas: «He dejado de usar tampones y el dolor se ha reducido bastante. Es increíble cómo me miran en la playa o sitios parecidos cuando decido no usar ningún producto para menstruar y sentarme encima de una toalla o bañarme para dejar fluir mi menstruación a su bola», nos confesó en la encuesta.

Al igual que la copa, el sangrado libre también se popularizó como una forma de menstruar alternativa a la de la industria menstrual por aquellas feministas estadounidenses de los setenta. Dentro de sus protestas por el escándalo del síndrome del shock tóxico, empezaron a plantearse el porqué de la vergüenza de manchar y si había opciones más ecológicas y menos invasivas.

Pero luego cayó en el olvido para recuperarse recientemente, con esta nueva ola feminista. Entre las participantes de nuestra encuesta, 27 mujeres lo practican, casi un 3 % de la muestra total.

> *Cada conversación con mis amigas sobre la menstruación sale algún dato nuevo o curioso.*
>
> *Raquel, 24 años, Madrid.*

El futuro de la investigación

A lo largo de estas páginas hemos incidido en la histórica falta de investigación del ciclo menstrual por parte de la ciencia, y esto es algo que paulatinamente también está cambiando. Cada vez más mujeres especializadas en los ámbitos de la salud y la medicina, así como de las ciencias sociales, se están organizando e interesando por abordar este tema como objeto de estudio. Según los resultados de PubMed, desde 2018 vuelve a haber tantos *papers* científicos con la palabra *menstruation* como de los años setenta a mediados de los ochenta, lo que demuestra que también la investigación ha ido en paralelo a los vaivenes de las olas feministas.

Fruto del activismo es también la mayor visibilidad de la menstruación en congresos, ponencias y actos divulgativos en todo el mundo. Desde 2013 se celebra el Día Internacional de la Salud y Dignidad Menstrual (28 de mayo), con eventos en decenas de países, especialmente en aquellos donde más falta hace y donde el tabú y los problemas de acceso suponen un grave problema de salud pública.

En España, muchas de estas científicas con perspectiva de género están agrupadas desde 1983 en torno al colectivo RedCaps, una red de más de 450 profesionales sanitarias, con el ánimo de fomentar toda clase de actividades e investigaciones que contribuyan a la mejora de las condiciones de vida y salud de las mujeres, y en contra de las desigualdades que padecen. Entre ellas están Xusa Sanz, Enriqueta Barranco o Carme Valls, para quien la investigación en torno a la menstruación sigue muy mal. «Hay algunos focos, y se van haciendo más investigaciones sobre temas como la endometriosis o la pobreza menstrual. Somos pioneras, pero es un núcleo reducido y muy nuevo», explica Valls.

Para la doctora, el androcentrismo en la ciencia ha sido la causa del histórico olvido de las mujeres, y ahora son ellas las que están abriendo esa visión encorsetada. «Hasta 1993 no se incluyó ninguna mujer en los estudios sobre el corazón. Y ahora sabemos que es la primera causa de muerte de las mujeres en el mundo. Se han olvidado de la mitad de la población porque han dado por hecho que no les afectaba, y eso es hacer una mala ciencia. Por eso ahora algunas feministas dicen: no quiero hacer una ciencia femenina, quiero hacer una ciencia bien hecha, que estudie a todos».

> *A mis 36 años tras acudir a sexóloga, médica y nutricionistas especializadas en el ciclo menstrual con perspectiva feminista, y hacerme un estudio integral de salud (analíticas, pruebas ginecológicas, suelo pélvico, hábitos, etc.) sé que no tengo ninguna patología/enfermedad, pero sí el útero hiperrígido. Con fisio y cambios en la alimentación, mi vida ha cambiado por completo.*
>
> *Anónima, 36 años, Madrid.*

Tras aumentar su presencia en las últimas décadas, las mujeres ya representan el 40 % del empleo en investigación e innovación en España, según el INE, una cifra que a nivel mundial ronda el 33 %. Sin embargo, aún lideran únicamente el 16 % de los proyectos de investigación, como señala un estudio del Instituto de las Mujeres y la Universidad de Santiago de Compostela, presentado a comienzos de 2023.

La transformación está siendo ahora y muestra de ello es que la prestigiosa revista *The Lancet*[200] consideró en 2022, por primera vez, a la menstruación y sus implicaciones como

«derechos humanos» y sus alteraciones como un «problema de salud pública». «Todas las personas que menstrúan deben tener acceso a la atención adecuada y las necesidades básicas, y la salud menstrual debe ser una prioridad, ya que es un derecho humano», aseguró la revista inglesa en su edición americana.

«Creo que estamos avanzando a nivel de investigación en cuanto al ciclo. En este momento existen líneas de investigación abiertas en endometriosis, fertilidad, síndrome del ovario poliquístico o deporte. Hay mucho más movimiento actualmente. Lo que pasa es que hay que tener en cuenta que llevamos desde los años sesenta conociendo las hormonas femeninas, es decir, sabemos desde ayer que somos distintas. Queda, pero vamos avanzando», explica Xusa Sanz, quien cuando abrió su cuenta de Instagram, en 2019, apenas veía divulgadoras menstruales «y ahora hay muchas, lo cual es muy bueno. Ojalá hubiera millones más».

Por su parte, Carme Valls coincide en ese lento avance en la investigación, pero cree que el cambio de mentalidad viene de la mano de nuevas generaciones, implicadas en que haya una evolución real en la forma en que percibimos y vivimos la menstruación: «Todas las mujeres del mundo se han pasado la vida disimulando un fenómeno que es natural, sangrar. Pero eso, por fin, está cambiando».

192 La obra fue donada al Museo de la Menstruación, un espacio montado en 1994 por el estadounidense Harry Finley en el garaje de su casa de Maryland, en Estados Unidos, y que constituyó el que ha sido probablemente el más extenso archivo sobre la historia de los productos menstruales del mundo. Aunque dejó de aceptar visitas en 1998, aún puede visitarse online en www.mum.org, y a pesar de su aspecto obsoleto e incluso perturbador, guarda auténticos tesoros de la cultura menstrual. La imagen de Chicago puede verse en: http://www.mum.org/armenjc.htm

193 Entre 1979 y 1980 se registraron 1264 casos de shock tóxico —una enfermedad bacteriana rara— en Estados Unidos, 72 de ellos mortales. En su mayoría fueron causados por el uso del ya retirado tampón Rely, que introducía más aire en la vagina que otros productos en el mercado, lo que incrementa las posibilidades de sufrir este síndrome que desata una baja presión arterial, insuficiencia multiorgánica e incluso la muerte.

194 Número 45.

195 Ramírez Morales, M., «Ciberactivismo menstrual: feminismo en las redes sociales», *Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad*, 2019.

196 «28 días, historias para acabar con los tabús sobre la regla», *El País*, noviembre de 2017.

197 El partido de ultraderecha Vox arremetió contra él exigiendo una autorización previa de los padres para recibir este tipo de contenidos. Su líder, Santiago Abascal, llegó a decir que el proyecto «adoctrinaba» a los menores llevando «juegos eróticos» a niños de 0 a 6 años.

198 Ferrero, C., «Esta artista te enseña la menstruación como nunca antes la habías visto», *S Moda*, 14 de mayo de 2015.

199 Se puede ver la publicación y la fotografía en su perfil de Facebook.

200 «Menstrual health: a neglected public health problem», *The Lancet Regional Health-Americas*, noviembre de 2022.

Epílogo

Somos conscientes de que la gran mayoría de las personas interesadas por este libro sangran cada mes por sus vaginas. Sin embargo, queríamos luchar contra la idea de que la menstruación solo concierne a quienes la tienen y hemos tratado de escribirlo pensando, por supuesto, en la mitad que sangra, pero también en el padre que quiere estar a la altura cuando a su hija le llegue la menarquia o en el hombre que quiere ayudar a su pareja con endometriosis o síndrome premenstrual entendiendo mejor todo lo que le pasa. O simplemente para cualquiera que entienda que es un asunto que afecta a demasiadas personas como para ignorarlo.

Queremos que la regla también sea un tema de conversación para quienes no menstrúan, y esto no es un canto de sirena o una declaración de buenas intenciones. Lo primero que quisimos fue predicar con el ejemplo: para que interese a la sociedad, para que se hable de ello, la menstruación tiene que interesar también al periodismo, a los grandes medios y a las editoriales. Con este libro también hemos querido demostrar que ese malestar que teníamos delante de nuestras narices contiene muchas historias no contadas.

Sabemos que vivimos en un país democrático en el que se puede hablar sin tapujos de cualquier cosa. No hay ninguna ley antigua o brujo de la tribu prohibiendo hablar de la regla, pero hay algo que la sigue manteniendo encerrada dentro de un círculo de intimidad, pudor, oscuridad y tabúes. No hay censura, pero existe un silencio incómodo que de alguna forma sigue lastrando la investigación médica en torno a la menstruación.

A lo largo de estas páginas hemos visto cómo la medicina o la ciencia tardaron siglos en legitimar y poner nombre a desórdenes padecidos por miles de mujeres. Pero la historia aún no ha terminado. Aunque en este libro contamos que la situación ha mejorado en los últimos lustros, todavía quedan muchos patrones inexplicables que son cuestionados o son extinguidos a través de la sobremedicación. El gran experimento sin grupo de control continúa.

Sabemos que el dolor seguirá siendo considerado normal en muchas familias, que los vaivenes hormonales seguirán acompañados de un «estás loca», «eres una histérica» o un «eso es de flojas». Sabemos que, incluso con toda la información del mundo al alcance de la mano, muchas niñas y mayores seguirán viviendo su relación con la regla de manera traumática cuando llega y cuando se va. Y topándose con lagunas de desconocimiento en el camino entre esos dos puntos.

Este libro ha sido nuestra humilde aportación a una esperanza de cambio en la que la menstruación empiece a ocupar el lugar que, por su peso en la vida de millones de mujeres, merece, tanto en el plano médico como en el social y científico. Tanto si eres de la mitad que sangra como si no, esperamos haber prendido en ti esa misma llama que nos llevó a escribirlo.

Si tras su lectura sientes que has comprendido algo sobre la menstruación que hasta ahora te parecía magia oscura, has sentido que lo que hay dentro de ti no es una caja negra, sino un reloj suizo cuyas manecillas aún no sabemos interpretar. Si sientes el deseo de conocerte, de

aplicar y compartir las cosas que hemos aprendido investigando para escribir *La mitad que sangra*, entonces sabrás que el cambio finalmente ha empezado.

Por fin la sangre ha llegado al río.